|  |
| --- |
| Requerimento de Reintegração ao Curso de  |
| Nome do(a) aluno(a) desligado(a):       |
| Data do desligamento:   /  /20   |
| **Parecer fundamentado aprovando a solicitação de reintegração** (até 950 caracteres).      |
| *Data e assinatura do(a) orientador(a)*: |
| **Conferências da Secretaria de Pós-Graduação*** Requerimento recebido em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (não superior a 6 meses do desligamento, para o mestrado, ou 12 meses, para o doutorado)
* O(A) aluno(a) (\_\_\_) tem o mínimo de créditos no curso (24, mestrado; 42, doutorado),
* (\_\_\_) Foi aprovado(a) no(a) SAPD/Qualificação,
* (\_\_\_) Anexou cópia de um artigo aceito para publicação em revista internacional relativo ao trabalho da sua tese, em periódico indexado e com corpo de revisores, se doutorando,
* (\_\_\_) Cópias digitais do trabalho completo, pdf e doc, enviadas para pgcdtn@cdtn.br,
* (\_\_\_) Cópia impressa anexa,
* (\_\_\_) Cópia impressa do histórico escolar.
 |
| **Banca Examinadora, data e hora da defesa de reintegração estabelecidos pelo Colegiado***Data e assinatura do(a) coordenador(a)*: |
| **Parecer da banca sobre a reintegração***Data e assinatura dos membros*: |