À

CCP do Programa de Pós-Graduação em

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solicito autorização para realização de ***forma remota*** de:

( ) Dissertação de Mestrado,

( ) Tese de Doutorado

( ) Exame de Qualificação

**Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***JUSTIFICATIVA OBRIGATÓRIA:***

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome do aluno(a) e Assinatura**

De acordo.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do(a) Orientador(a)**

**Aprovação da CCP :**

**Aprovação da CPG:**