**SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROJETO**

|  |
| --- |
| **TÍTULO DO PROJETO**  TÍTULO ATUAL: ( )  NOVO TÍTULO: ( ) |

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS PESSOAIS**  NOME: . | |
| MATRÍCULA: . | ANO DE INGRESSO: . |
| NÍVEL: ( ) Mestrado ( )Doutorado | |

|  |
| --- |
| **JUSTIFICATIVA:** |

**OBSERVAÇÕES**

|  |
| --- |
| Declaramos que a alteração solicitada não irá alterar o tempo de conclusão do aluno como também deverá gerar o número de publicações e qualidade exigidos pelo regimento do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe. |

|  |
| --- |
| ­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Orientador Aluno |

Aracaju, de de 20