

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE FISIOTERAPIA**



**FORMULÁRIO: PRORROGAÇÃO DE PRAZO**  
(RESOLUÇÃO 16/2015 – Título XXVI – Capítulo I)

Sr.(ª) Coordenador(a) do Curso de Fisioterapia,

Eu, \_\_\_\_\_, sob matrícula \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_, aluno do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba, solicito, pelo presente documento, a prorrogação do prazo de conclusão do curso por \_\_\_\_\_ períodos, a contar do início do período \_\_\_\_\_.

**CRONOGRAMA:**

DISCIPLINA	PERÍODO EM QUE PRETENDE CURSAR

**JUSTIFICATIVA** (campo obrigatório):


João Pessoa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) aluno(a)