**SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE NÍVEL**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) regular do Curso de Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Grande Dourados, RGA nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nos termos do artigo 19 do Regulamento do PPGCS, aprovado pela Resolução nº 127 do Conselho Diretor, de 28 de julho de 2017, venho requerer **mudança de nível para o curso de Doutorado em Ciências da Saúde –Farmacologia.**

Data da matricula no mestrado acadêmico: \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Número de meses cursados até a solicitação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Atualmente é bolsista do Programa? ( ) Não ( ) Sim

Agência Financiadora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tipo de bolsa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Em anexo, seguem a justificativas circunstanciada do discente e do(a) orientador(a) e o novo projeto.

Dourados, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

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

Nome e Assinatura do Aluno

**JUSTIFICATIVA DO CANDIDATO EM RELAÇÃO A MUDANÇA DE NÍVEL**

(Relate seu interesse específico em relação a mudança de nível de curso, o assunto de preferência para qual desenvolverá o trabalho de tese, e se possível, a forma de provável utilização dos conhecimentos adquiridos).

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

Nome e Assinatura do Aluno

**JUSTIFICATIVA DE CONCORDÂNCIA DO ORIENTADOR**

(Relato do orientador do estudante durante o Mestrado Acadêmico manifestando sua concordância e justificativas quanto à mudança de nível do Mestrado Acadêmico para o Doutorado).

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

Nome e Assinatura do Orientador