|  |
| --- |
| **SOLICITAÇÃO DE LICENÇA-MATERNIDADE** |

Ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eu, *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluna regularmente matriculada no curso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ desta Universidade, orientada pelo(a) professor(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito ao Colegiado licença-maternidade de 6 (seis) meses a partir do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (dia do nascimento ou adoção), conforme art. 34 da Resolução nº 013/2014 – CONSEPE.

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

 ASSINADO DIGITALMENTE ASSINADO DIGITALMENTE

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

Digite o nome do(a) orientador(a) Digite o nome do/a aluno/a