**SOLICITAÇÃO DE LICENÇA MATERNIDADE**

**À Coordenação do PPGModa**

**CEART/UDESC**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­**, orientando(a) do(a) Prof(a).Dr(a)­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito afastamento de **Licença Maternidade** a partir de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ por um prazo de 120 (cento e vinte) dias.

Florianópolis, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

 Assinatura do(a) orientando(a) Ciência do orientador

**Parecer Colegiado do PPGModa:**

( ) Homologado ( ) Não homologado

Reunião: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coordenação do PPGModa