**MESTRADO EM ALIMENTOS E SAÚDE**

**ALTERAÇÃO DO PLANO DE ESTUDOS**

|  |
| --- |
| **(A ser preenchido pelo Pós-graduando e Orientador)** |
|   |
|  |
| Pós-graduando(a): |  | Matrícula:  |
|  |  |
| Orientador(a): |  |
|  |
|  |

**1. Atividade ou Disciplina que requer trancamento ou inclusão**

(Fornecer código, nome da disciplina, número de créditos e modalidade - obrigatória ou optativa)

**2. Justificativa**

Montes Claros, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pós-graduando(a)** |  | **Professor(a) Orientador(a)** |