

## DECLARAÇÃO

Eu \_\_\_\_\_ aprovado (a)  
para o curso de Mestrado \_\_\_\_° semestre de 201\_\_, do Programa de Pós-graduação  
em Ciências Biológicas: Fisiologia e Farmacologia, autorizo a realização de minha  
matrícula estando ciente que a aprovação no curso não está vinculada ao recebimento  
de qualquer bolsa de estudos.

Em concordância com o(a) Prof(a). \_\_\_\_\_,  
integrante da linha de pesquisa \_\_\_\_\_,  
sugiro seu nome como meu orientador.

\_\_\_\_\_  
assinatura do aprovado(a)

\_\_\_\_\_  
aceite do professor(a)