



DECLARAÇÃO

Eu _____
aprovado(a) para o concurso de Doutorado – ___° semestre de 20___, 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)