



DECLARAÇÃO

Eu _____ aprovado (a)
para o curso de Doutorado – ____° 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)