

DECLARAÇÃO

Eu _____
aprovado(a) para o concurso de Doutorado – ____° semestre de 20____, do
Programa de Pós-graduação em Patologia da UFMG, 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)