

## DECLARAÇÃO

Eu \_\_\_\_\_  
aprovado(a) para o concurso de Mestrado – \_\_\_º 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)