



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* PESQUISA CLÍNICA EM DOENÇAS INFECCIOSAS

TERMO DE COMPROMISSO DO CURSO DE DOUTORADO

A Coordenação do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas

Eu, _____, declaro meu compromisso, ao ser selecionado (a) para o **Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas - INI/Fiocruz**, em cumprir as exigências do Regulamento Interno do Programa. Tais exigências dizem respeito à dedicação ao curso em tempo integral, ao cumprimento dos créditos com aproveitamento durante os 48 (quarenta e oito) meses de duração e a realização e defesa da tese no prazo estabelecido.

Atenciosamente,

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) candidato (a)