

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PESQUISA CLÍNICA EM DOENÇAS INFECCIOSAS

CARTA DE ACEITAÇÃO DO (A) ORIENTADOR (A) CREDENCIADO (A) PELO PROGRAMA

Ano de Entrada: **2027**

Curso:

[] Mestrado Acadêmico

[] Doutorado Acadêmico

Nome do Candidato (a): _____

Nome do Orientador (a): _____

Declaro que aceito orientar o referido candidato (a).

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Orientador(a)