



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Eu, _____ pós-graduando(a) do Curso de _____ do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS), nº de matrícula _____, declaro estar ciente da reformulação do Regimento Geral do Programa, assim como de suas Normas Complementares e faço a opção de atender todas as exigências previstas no:

- () Regimento Geral aprovado em **2013** e respectivas Normas Complementares
() Regimento Geral aprovado em dezembro de **2016** e respectivas Normas Complementares

Declaro ainda que meu orientador, Prof(a) Dr(a) _____ está ciente de minha opção, bem como das implicações dela decorrentes.

ASSINATURAS:

(assinatura do discente)

Discente do PPGCS

(assinatura do orientador)

Orientador