CARTA DE ACEITE DO PROVÁVEL ORIENTADOR

Declaro que aceito a incumbência de orientar o(a) candidato(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Nível Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina/UFG.

Esclareço que a admissão do(a) candidato(a) no referido Programa ficará condicionada ao preenchimento dos requisitos do respectivo Regulamento, inclusive o processo de seleção.

Goiânia, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Assinatura e Carimbo do Professor(a) Orientador(a)

Nome do Orientador(a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_