



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
Autarquia de Regime Especial – Lei 8899, de 27/09/1994
Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416
Estado de São Paulo – Brasil

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Carta de Aceite preliminar de Orientação no Programa de Pós-Graduação

Nome do candidato: _____

Programa: Ciências da Saúde

Nível: _____

Título do Projeto:

Linha de Pesquisa do Programa no qual o projeto está vinculado:

Justificativa do provável orientador para o aceite da orientação, com base no projeto de pesquisa e sua vinculação à Linha de Pesquisa do Orientador, no Programa.

(esta justificativa deve ser detalhada)

Nome do Orientador: _____

Assinatura do Orientador: _____

Data: _____

Obs.: Este aceite preliminar não implica em compromisso de aprovação no processo seletivo