

**FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Carta de Aceite preliminar de Orientação no Programa de Pós-Graduação
(obrigatório o preenchimento de todos os campos)**

Nome do candidato: _____

Assinale o Programa:

() **Ciências da Saúde**

Nível: () Mestrado () Doutorado

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