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

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PESQUISA CLÍNICA

Ano de Entrada: **2027**

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)

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas
Avenida Brasil, nº 4.365, Manguinhos, Rio de Janeiro – CEP: 21.040-360
Tel: (21) 3865-9559 – site: https://www.ini.fiocruz.br/programa-de-pos-graduacao-stricto-sensu/