

## **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* MESTRADO PROFISSIONAL EM PESQUISA CLÍNICA**

### **Carta de Aceitação do (a) Orientador (a) Credenciado (a) pelo Programa**

Curso: **Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica**

Nome do Candidato: \_\_\_\_\_

Nome do Orientador: \_\_\_\_\_

**Declaro que aceito orientar o referido candidato**

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Observações:**

---

---

---

---

---