



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas



Instituto Nacional de Infectologia

Evandro Chagas

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

SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Orientador (a) atual: _____

Data da alteração: ____/____/____

Aluno: _____

Curso: **Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica** Ano de Entrada: _____

Título do Projeto de Pesquisa: _____

Orientador (a) substituto: _____

Justificativa: _____

Orientador(a) Atual

Orientador(a) Substituto

Aluno(a)

Rio de Janeiro, ____/____/____

Ciência da Coordenação da Pós-Graduação

Rio de Janeiro, ____/____/____

Coordenação do Programa

INI - Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas
Av. Brasil, 4365 – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ – 21045-900
E-mail: cpqmp@ini.fiocruz.br – Tel.: (21) 3865-9559