



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PESQUISA CLÍNICA (Mestrado Profissional)

TERMO DE COMPROMISSO

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Pesquisa Clínica (Mestrado Profissional)

Eu, _____, declaro meu compromisso, ao ser selecionado (a) para o **Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Pesquisa Clínica - INI/Fiocruz**, em cumprir as exigências do Regulamento Interno do Programa. Tais exigências dizem respeito à dedicação e ao cumprimento dos créditos acadêmicos com aproveitamento durante os 24 (vinte e quatro) meses de duração do curso e a realização da defesa no prazo estabelecido.

Atenciosamente,

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) candidato (a)