

**D E C L A R A Ç Ã O**

**Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**aprovado(a) para o concurso de Doutorado – \_\_\_° semestre de 20\_\_\_, do Programa de Pós-graduação em Patologia da UFMG, autorizo a realização de minha matrícula estando ciente que a aprovação no curso não está vinculada ao recebimento de qualquer bolsa de estudos.**

**Em concordância com o(a) Prof(a). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**iIntegrante da linha de Pesquisa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sugiro seu nome como meu orientador.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do aprovado(a) Aceite do Professor(a)**