**DECLARAÇÃO**

Declaro que aceito o discente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aprovado no processo seletivo do PPG CiPharma nível \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para orientar durante o desenvolvimento de sua Dissertação/Tese.

Ouro Preto, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do Orientador