

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

DEPARTAMENTO DE FISIOLOGIA E FARMACOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS BIOMÉDICAS

**DECLARAÇÃO**

Eu, (nome), aluno (a) de (mestrado/doutorado), regularmente matriculado no Programa de Pós-graduação Ciências Biomédicas (Fisiologia e Farmacologia) declaro que faço a opção pela adesão ao novo currículo deste programa aprovado pelo Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão em agosto de 2017.

Niterói, XX de XX de 2017.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_