



CARTA DE ACEITE DE SUPERVISOR(A)

Eu, Prof(a). Dr(a). _____,
orientador(a) do Programa de Pós-Graduação em Medicina Translacional da UNIFESP,
declaro que aceito ser supervisor(a) do(a) candidato(a)

caso ele(a) seja aprovado(a) no Processo Seletivo do Programa, de acordo com o respectivo
edital.

Nível: Pós-Doutorado

Título do projeto: _____

Local onde o projeto será desenvolvido (Laboratório, Ambulatório, etc.):

Nome: _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Declaro ainda não ter relação de parentesco com o(a) candidato(a), o que inclui cônjuge,
companheiro(a) ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o segundo grau;

São Paulo, _____

Assinatura do(a) orientador(a)