Ilma. Sra.

Profa. Dra. FABIANI GAI FRANTZ

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação

Biociências e Biotecnologia

FCFRP-USP

Prezada Coordenadora,

 Declaro para os devidos fins que o(a) aluno(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Regularmente matriculado(a) no curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Mestrado ou Doutorado) do Programa de Pós-Graduação em Biociências e Biotecnologia, Área de concentração\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sob minha orientação, está apto(a) a defender sua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Dissertação ou tese) intitulada:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ribeirão Preto, ........de ...........................de ...............

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

Nome e assinatura do orientador