**D E C L A R A Ç Ã O**

***Somente digitado ou datilografado***

O(A) aluno(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, código USP \_\_\_\_\_\_\_\_\_, regularmente matriculado(a), em 20\_\_\_\_, no curso de ( )Mestrado ( )Doutorado, no Programa de Pós-graduação em **CIÊNCIAS MÉDICAS**, cumpre a grade curricular minuciosamente descrita abaixo:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DIA DA SEMANA** | **DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES**  | **HORÁRIO**  |
| **MANHÃ** | **TARDE** |
| **Início** | **Fim** | **Início** | **Fim** |
| 2ª feira |  |  |  |  |  |
| 3ª feira |  |  |  |  |  |
| 4ª feira |  |  |  |  |  |
| 5ª feira |  |  |  |  |  |
| 6ª feira |  |  |  |  |  |

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

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

Assinatura / pós-graduando (a)

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

 Assinatura e carimbo do (a) orientador (a) Assinatura e carimbo do Coordenador (a) do Programa

* Entregar na Seção de Passe Escolar / Coseas-USP – Rua do Anfiteatro, 295 – Cidade Universitária