

Universidade de São Paulo - Faculdade de Ciências Farmacêuticas

Nome do aluno:	Código USP (Obrigatório):
Programa: () Ciência dos Alimentos () Farmácia (Fisiopatologia e Toxicologia) () Fármaco e Medicamentos () Tecnologia Bioquímico-Farmacêutica	Código da Área:
Nome do Orientador:	

AUTORIZAÇÃO

Declaro para os devidos fins que autorizo o(a) aluno(a) _____, regularmente matriculado(a) no curso de _____ (Mestrado, Doutorado ou Doutorado Direto), sob minha orientação, a realizar o depósito digital do seu trabalho de _____ (Dissertação ou tese) intitulada: _____.

São Paulo, ____/____/____.

Nome e Assinatura do(a) Orientador(a)