

# 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:	

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o(a) aluno(a) \_\_\_\_\_, regularmente matriculado(a) no curso de \_\_\_\_\_ (Mestrado, Doutorado ou Doutorado Direto), sob minha orientação, está apto(a) a defender sua \_\_\_\_\_ (Dissertação ou tese) intitulada: \_\_\_\_\_.

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

Nome e Assinatura do(a) Orientador(a)