

# Universidade de São Paulo - Faculdade de Ciências Farmacêuticas

Nome do aluno:	Código USP (Obrigatório):
Curso: ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Doutorado Direto	Código da Área:
Nome do Orientador:	
E-mail:	E-mail USP:

## **DECLARAÇÃO**

Declaro que o documento intitulado “**título da dissertação/tese**” foi escrito por mim e que as citações de outros autores estão devidamente indicadas e referenciadas no texto. Declaro, ainda, que esse documento foi submetido a análise de similaridade pela ferramenta (Originality/Check -Turnitin) para garantir sua integridade quanto à ocorrência de plágio.

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

Nome e Assinatura do(a) Aluno(a)

De acordo.

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

Nome e Assinatura do(a) Orientador(a)