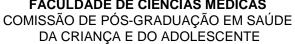


## UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS





## **CARTA DE ACEITE - ORIENTADOR (A)**

Aceito orientar o(a) candidato(a), como
aluno(a) especial, no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, na
Área de concentração Saúde da Criança e do Adolescente, desde que exista a disponibilidade
de vaga.
Informo ainda que não sou cônjuge, bem como ascendente e descendente,
consanguíneo ou por afinidade, em linha reta, em qualquer grau, ou colateral (até o terceiro grau)
do (a) candidato (a), tampouco possuo participação societária com o mesmo.
Prof.(a) Dr.(a):
Orientador(a)
Carimbo e Assinatura do Docente
Campinas,/
Campinas,/