

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM “CIÊNCIAS DA SAÚDE”

REQUERIMENTO DE ALTERAÇÃO DE ORIENTADOR

Santo André, _____ de _____ de _____.

À

Comissão do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro Universitário FMABC

Venho, por meio deste, solicitar alteração de orientação, passando do(a) Professor(a):

O (a) Professor(a):

Em virtude de: _____

Atenciosamente,

Aluno(a): _____

Assinatura: _____

Ciência do(a) atual orientador(a):

Prof.(a): _____

Assinatura: _____

Ciência do(a) novo(a) orientador(a):

Prof.(a): _____

Assinatura: _____