



**Autorização para Inscrição no Processo Seletivo do Programa de
Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil
– Mestrado Acadêmico –**

Nome do candidato (a): _____

CPF: _____

Telefone: () _____ e-mail _____

Declaro que o (a) candidato (a) acima cumpriu satisfatoriamente seu período de estágio em pesquisa sob minha supervisão e autorizo sua inscrição para o processo seletivo deste programa.

Rio de Janeiro, ____/____/____.

Docente Permanente: _____

Assinatura: _____