Ribeirão Preto, ........de ...........................de ...............

Ilmo.  
Prof. Dr. Flavio da Silva Emery  
Coordenador do Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas  
FCFRP-USP

Prezado Coordenador,

Declaro para os devidos fins que o(a) aluno(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, regularmente matriculado(a) no curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Mestrado ou Doutorado) do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Área de concentração: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sob minha orientação, está apto(a) a defender sua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Dissertação ou tese) intitulada:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e assinatura do(a) orientador(a)