Ilmo(a). Sr.(a)

PROF(A). DR(A). **JONAS AUGUSTO RIZZATO PASCHOAL**

Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Toxicologia

FCFRP-USP

Declaro para os devidos fins estar ciente e de acordo com o depósito da Dissertação de .......................... ou da Tese ..................... do(a) pós-graduando(a)..........................................., número USP ...................... regularmente matriculado(a) no programa de pós-graduação em Toxicologia, área de concentração em Toxicologia da FCFRP-USP.

Título da Dissertação ou Tese: ...............................................................................................................

**Ribeirão Preto .................../..................../..........................**

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

Nome e Assinatura do Orientador