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

Ilmo(a). Sr.(a)

Prof(a). Dr(a). **JONAS AUGUSTO RIZZATO PASCHOAL**

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

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 Toxicologia, Área de concentração: Toxicologia, sob minha orientação, **está apto(a)** a defender sua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Dissertação ou tese) intitulada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Adicionalmente, declaro estar de posse do(s) livro(s) Registro de Laboratório com os resultados brutos obtidos no desenvolvimento do projeto.

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

Nome e assinatura do(a) orientador(a)