ANUÊNCIA DE DEPÓSITO PELO ORIENTADOR

Ilmo(a). Sr.(a)

Prof. Dr. Giuliano Cesar Clososki

Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

FCFRP-USP

Declaro para os devidos fins estar ciente e de acordo com o depósito da Dissertação de Mestrado ou da Tese de Doutorado do(a) pós-graduando(a)..........................................., número USP ...................... regularmente matriculado(a) no Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, área de concentração......................................... da FCFRP-USP.

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

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

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

Nome e Assinatura do Orientador