



PPGCM

Programa de Pós-Graduação
em Ciências Médicas
Vice-Reitoria de Pós-Graduação

CARTA PARA APROVAÇÃO DE COORIENTADOR(A)

Fortaleza, _____.

Ao Colegiado do Mestrado em Ciências Médicas da UNIFOR

Prezados Professores,

Eu, _____, venho respeitosamente solicitar em comum acordo com meu/minha orientador(a), Professora(a). _____

_____, a aprovação do(a) professor(a) _____
_____, CPF _____, para coorientar o meu trabalho de dissertação intitulado “ _____

_____”, com defesa prevista para o mês de _____ de 20 ____.

Tal solicitação justifica-se _____

_____.

No aguardo de um pronunciamento favorável, antecipadamente agradecemos.

Atenciosamente,

Mestrando(a)

Orientador(a)

Parecer do colegiado: _____

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Coordenação PPGCM