# CARTA DE ACEITE DO ORIENTADOR

**Nome do(a) Candidato(a)**

|  |
| --- |
|  |

**Nível de Seleção**

|  |
| --- |
| ( ) Mestrado ( ) Doutorado |

**Linha de Pesquisa:**

|  |
| --- |
|  |

**Título do Projeto (provisório)**

|  |
| --- |
|  |

 Confirmo o aceite de orientar o(a) candidato(a) acima descrito, caso este(a) venha a ser classificado(a) e aprovado(a) no exame de ingresso do Programa de Pós-Graduação em Biologia Celular e do Desenvolvimento da Universidade Federal de Santa Catarina, para início no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ semestre de 20\_\_\_.

Florianópolis, \_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

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

Assinatura

|  |  |
| --- | --- |
| Nome orientador |  |
| Departamento: |  |