



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



TERMO DE COMPROMISSO PARA COORIENTADORES

Eu, _____, currículo lattes* _____, me comprometo a orientar o (a) pós-graduando (a) _____ na organização de seu plano de estudos, bem como assisti-lo em sua formação para a área correspondente. Comprometo-me, ainda a dar assistência ao pós-graduando na elaboração e execução de seu projeto de dissertação/tese no âmbito dos prazos expressos no Regimento Interno do Curso de Pós-graduação em Gestão, Pesquisa e Desenvolvimento na Indústria Farmacêutica.

Assinatura do Coorientador

Assinatura do Orientador

*** Caso o docente não pertença ao Programa, anexar o Currículo Lattes.**



Instituto de Tecnologia em Fármacos - Farmanguinhos
Av. Comandante Guarany 447 Jacarepaguá
Rio de Janeiro - RJ - Cep.: 22775- 903
Tel/Fax.:(5521) 3348-5050 / www.far.fiocruz.br