



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

Eu, professor (a)..... orientador(a)
do (a) mestrando/doutorando (a)
declaro que o (a) referido (a) aluno (a) dispõe-se a desempenhar suas atividades
acadêmicas satisfatoriamente, atendendo às obrigações estabelecidas pelo
**Regimento do Programa de Pós-graduação em Nutrição e pelos Critérios de
Bolsa e Manutenção de Bolsas**, não havendo nada que desabone seu pleito à
bolsa de estudos, bem como a possibilidade de entrega da dissertação/tese na
data prevista, considerando o compromisso que se estabelece entre o programa e
as agências financiadoras.

Florianópolis,

.....
assinatura