



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

IOC
Instituto Oswaldo Cruz

DECLARAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Declaro que o(a) aluno(a)
será por mim orientado(a), a partir desta data, para elaboração do Trabalho
de Conclusão de Curso, necessário à obtenção do título de Especialista, no
Curso de Pós- Graduação *Lato sensu* em

Rio de Janeiro,

(Assinatura e carimbo do(a) Orientador(a))