



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E SAÚDE
Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, Bairro Ininga, Teresina, Piauí, CEP 64049-550
Telefones: 3215-5856
E-mail: mestradosaude@ufpi.edu.br

DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DAS NORMAS DO PROGRAMA DE MESTRADO EM CIÊNCIAS E SAÚDE 2016-2018

Declaro, para os devidos fins, que tenho conhecimento e aceito as seguintes normas referentes ao Programa de Mestrado em Ciências e Saúde:

1. Disponibilidade de carga horária mínima semanal de 20 (vinte) horas, durante toda a vigência do Curso;
2. As aulas, seminários e outras atividades das disciplinas do Programa de Mestrado em Ciências e Saúde serão realizados de acordo com a disponibilidade de cada professor;
3. Para Defesa da Dissertação e conclusão do Mestrado em Ciências e Saúde, é obrigatória a apresentação de comprovante de submissão de artigo em periódico científico indexado, no mínimo Qualis B1, em parceria com o professor orientador, com base na dissertação.
4. O Programa de Mestrado em Ciências da Saúde atenderá às exigências normativas da CAPES/MEC e de seu Regimento.
5. A partir da matrícula no Programa de Mestrado em Ciências e Saúde, não cursarei concomitante outro curso de graduação, ou pós-graduação lato sensu ou stricto sensu.
6. Estou ciente de que atendo as exigências do edital biênio 2016-2018 que foi publicado no site da UFPI e que está exposto no mural do Programa de Pós-Graduação de Ciências e Saúde.
7. Para ter acesso a prova escrita no dia 16/10/2015, terei que estar portando um documento original com foto.

Teresina, ___/___/ 2015

Nome do candidato: _____

Nº de Inscrição: _____

Área pretendida: () Área I () Área II