



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde



ANEXO 04

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____, estou ciente do prazo de conclusão para o curso de Mestrado Profissional de 24 (vinte e quatro) meses, estabelecido pelo Regimento do Programa de Pós-Graduação em Vigilância Sanitária do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. Comprometo a exercer minha orientação de modo a não ultrapassar esses limites para defesa, bem como, viabilizar a execução da dissertação.

Assinatura do(a) Orientador(a):