



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

TERMO DE COMPROMISSO DO ORIENTAÇÃO

Eu, _____ aceito orientar o
aluno(a) _____ e estou ciente
dos prazos de conclusão para os cursos de Mestrado/Doutorado de
24 e 48 meses respectivamente, estabelecidos 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/tese.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20_____.