

FORMULÁRIO DE MATRÍCULA

Nome do estudante: _____

CPF: _____._____._____/_____

Nível: Mestrado

Venho, pela presente, confirmar a minha matrícula no Mestrado Profissional de Formação para a Pesquisa Biomédica da UFRJ.

Declaro formalmente que tenho pleno conhecimento das normas que regem o Mestrado Profissional de Formação para a Pesquisa Biomédica da UFRJ quanto às minhas obrigações em relação aos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre.

- Cumprir a carga horária de 360 horas em disciplinas;
- Caso tenha obtido nota inferior a 7,0 no Exame de Proficiência em Língua inglesa do processo de seleção para o ingresso na Pós-Graduação, devo realizar e obter aprovação no Exame de Proficiência em Língua inglesa que é oferecido todos os anos;
- Obter Coeficiente de Rendimento igual ou superior a 2,0.
- Realizar e obter aprovação na prévia da Dissertação;
- Defender a Dissertação de Mestrado até 24 meses após o ingresso.

(x) Li e estou ciente das obrigações acima.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do aluno: _____