**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE NUTRIÇÃO**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ALIMENTOS, NUTRIÇÃO E SAÚDE**

Av. Basílio Gama s/n- Canela - Salvador, Bahia, Brasil - CEP 40110-907 Tel.: (71) 3283 7719 E-mail: [pgnut@ufba.br](mailto:pgnut@ufba.br)

DECLARAÇÃO DE PREVISÃO DE DEFESA DO CURSO DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (se MESTRADO ou DOUTORADO, em CAIXA ALTA)

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, orientando(a) da Profa. Dra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no Programa de Pós- Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde da Universidade Federal da Bahia, ingresso(a) no dia \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ comprometo-me, pela presente declaração, com a previsão de Defesa Pública da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (se dissertação ou tese) para \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ (/mês/ano).

Orientando(a): (Colocar nome completo)

Assinatura do Discente

Diretor (a): (Colocar nome completo)

Assinatura da Diretora

Salvador, \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_