



**Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Ciência, Tecnologia e Educação Superior
Universidade Estadual do Ceará
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**



ANEXO 1 – CARTA DE ACEITE DO SUPERVISOR

Declaro para os devidos fins que aceito supervisionar o estágio pós-doutoral do(a) candidato (a) _____, portador (a) do CPF (ou passaporte) nº _____, vinculado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, após aprovação do mesmo no processo de seleção de bolsistas do Programa Nacional de Pós-doutorado – PNPD – CAPES.

Declaro ainda que o Plano de atividades apresentado está inserido na linha de pesquisa _____ do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e de acordo com o edital.

Fortaleza-CE, ____ / ____ / ____

Prof. (a) Dr. (a) _____