**TERMO DE ACEITE DE COORIENTAção**

Eu, **Dr(a). XXXXXXXXX**, aceito coorientar o(a) **Sr(a).XXXXXXXXXXX,** durante o seu curso de Mestrado.

A coorientação será válida desde que a matrícula esteja regularmente efetivada na Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia, devendo concluir o curso no período de 24 meses, a contar da data da efetivação da matrícula, cuja vigência desse(a) aluno(a) iniciou em ***XXXX de 201X*** com término previsto em ***XXXX 201X.***

Declaro ainda ter ciência dos Regulamentos e Normas de Admissão do Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia.

Campo Grande - MS, de de .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Coorientador(a) Assinatura do(a) Orientando(a)

CPF: