



Universidade Federal de São Paulo
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde
Mestrado Profissional
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – Unidade CEDESS
Instituto Saúde e Sociedade – Unidade Baixada Santista

Termo de Ciência e Compromisso

Eu, _____, CPF _____,
declaro estar ciente que:

- o Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde - é um Programa de Mestrado Profissional na modalidade PRESENCIAL, a ser desenvolvido em disciplinas presenciais e/ou semipresenciais, quinzenalmente às quintas e sextas-feiras, em período integral (manhã e tarde);
- durante o período de realização do Mestrado Profissional terei disponibilidade de, no mínimo 20 horas, quinzenalmente às quintas e sextas-feiras, para frequência em disciplinas, estudos e orientações, na Unidade à qual estou vinculado(a): CEDESS (São Paulo-SP) ou Baixada Santista (Santos-SP);
- o período de duração do Mestrado Profissional é de 24 meses, o qual compreende disciplinas obrigatórias e eletivas, atividades complementares, qualificação, defesa da Dissertação e defesa do Produto Técnico;
- após 30 dias da Defesa da Dissertação e do Produto Técnico, entregarei na Secretaria do PPG Ensino em Ciências da Saúde as versões finais, impressa e digital, em conformidade com as normatizações adotadas pelo Programa.

Local e data: _____

Assinatura: _____

À

Profa. Dra. ROSANA APARECIDA SALVADOR ROSSIT

Coordenadora do PPG Ensino em Ciências da Saúde - Mestrado Profissional