Program a

de Pós-Graduaç ão em Enferm agem

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL**

Fone/fax. (048) 3721.9480 - 3721.9399 - 3721.9787

E-mail: pen@ccs.ufsc.br [www.pen.ufsc.br](http://www.pen.ufsc.br/)

SOLICITAÇÃO E ACEITE DE CO-ORIENTAÇÃO

Mestrando(a)/Doutorando(a): ......................................................................................................................

Orientador(a):................................................................................................................................................

Co-orientador(a): ..........................................................................................................................................

Tema ou Título provisório do estudo:...........................................................................................................

.......................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................

Justificativa de solicitação de Co-orientador(a) apresentada pelo Orientador(a):

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

Assinatura do Orientador(a): .............................................................................................................................

Justificativa do aceite por parte do Co-Orientador(a):

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................ Assinatura do Co-Orientador(a): ..................................................................................................................

De acordo do Mestrando(a)/Doutorando(a):.................................................................................................

Florianópolis, ............ de ................................................ de 20.....