**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**TERMO DE ANUÊNCIA DO DISCENTE PARA PARTICIPAR DE AULAS REMOTAS SÍNCRONAS POR VIDEOCONFERÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, discente matriculado na disciplina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, deste Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, DECLARO que **CONCORDO** em participar da referida disciplina, que será ofertada **de forma remota e síncrona, por videoconferência,** em caráter excepcional, durante o período de suspensão de atividades presenciais, devido à Pandemia da Covid-19.

Estou ciente que ao preencher este termo, declaro que disponho de recursos tecnológicos e demais condições necessárias para participação na disciplina, bem como as Instruções Normativas, Regulamento do Programa de Pós-Graduação.

Atenciosamente,

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

NOME COMPLETO DO DISCENTE

UNIOESTE – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas