|  |  |
| --- | --- |
| *Descrição: Descrição: http://sobreisso.com/wp-content/uploads/2011/12/Unioeste.jpg*  **Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas (CCMF)**  **Campus de Cascavel-PR**  **Rua Universitária, 2069 – CEP 85819110 – 55 45 3220-7290** |  |

**ANEXO III – TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA**

Cascavel,\_\_/\_\_/\_\_\_\_.

De: Prof. Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para: Profª. Drª. Luciana Oliveira de Fariña – Coordenadora do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Ciências Farmacêuticas

**Assunto: Solicitação de credenciamento como Bolsista PNPD/CAPES do PCF e declaração de ciência.**

Venho por meio desta, colocar meu nome em apreciação aos membros do Colegiado para a vaga de Bolsista PNPD/CAPES junto ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Ciências Farmacêuticas na linha de pesquisa “**\_\_\_\_\_\_\_\_\_”**, para a qual proponho a disciplina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de acordo com o Plano de Ensino em anexo**.**

Declaro que estou ciente do Edital nº 29/2016 sobre o Processo Seletivo para Bolsista Pós-Doc CAPES/UNIOESTE deste Programa e estou de acordo com todas as atividades que serão de minha competência, caso venha a ser selecionado neste Processo.

Atenciosamente,

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

Nome e Assinatura do Docente