



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**Fundação Universidade Federal do ABC**  
**Pró-Reitoria de Pós-Graduação**  
Coordenadoria Acadêmica  
(11) 4996-0088 / 0099 · academica.propg@ufabc.edu.br

### ACEITE DE ALUNO PELO ORIENTADOR

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

À

**Coordenação do Programa de Pós-Graduação em \_\_\_\_\_**

Eu, Prof(a). \_\_\_\_\_,  
matrícula SIAPE nº \_\_\_\_\_, docente do(a) (*nome da instituição na qual é professor(a)*)  
\_\_\_\_\_, venho por meio desta comunicar  
que aceito ser o(a) orientador(a) do(a) aluno(a) (*nome completo*) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, RA \_\_\_\_\_, no nível  
de (*mestrado/doutorado*) \_\_\_\_\_ do Programa de Pós-Graduação em \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ da Universidade Federal do ABC, a partir<sup>1</sup>

do início do curso (será considerado o primeiro dia de aula do calendário acadêmico).

de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (para aceites posteriores à data de ingresso).

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Professor(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) aluno(a)

De acordo,

\_\_\_\_\_  
Coordenação do PPG-\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Verificar as exigências na norma do Curso/Programa.