**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DAS NORMAS DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins, que tenho conhecimento e aceito as seguintes normas referentes ao Programa de Mestrado em Ciências da Saúde:

1. Disponibilidade e dedicação integral às atividades, durante toda a vigência do Curso;

1. As aulas, seminários e outras atividades das disciplinas do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde serão realizadas de acordo com a disponibilidade de cada professor;

1. O Programa de Mestrado em Ciências da Saúde atenderá às exigências normativas da CAPES/MEC e de seu Regimento;

1. Estar ciente de que o Regimento poderá ser alterado a qualquer tempo, se assim o colegiado julgar necessário;

1. A partir da matrícula no Programa de Mestrado em Ciências da Saúde, não cursar concomitante outro curso de graduação, ou pós-graduação *lato sensu* ou *stricto sensu*;

1. Integralizarei em 24 meses todas as atividades propostas dentro do Programa, inclusive a defesa da dissertação.

Macapá-AP, \_\_\_ /\_\_\_ / \_\_\_

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

**Assinatura do Candidato**