

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**

## CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ALUNO ESPECIAL – 2016.2

CARTA DE ACEITE

Eu, professor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo o cadastramento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como aluno especial no semestre 2016.2 para cursar a disciplina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Natal, \_\_\_ de agosto de 2016.

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

Professor da disciplina

Ps.: O aluno deverá comparecer à secretaria do Programa até o dia **24/08/2016** munido dos seguintes documentos:

- Cópia do documento de identidade

- Cópia do CPF

- Cópia do diploma

- Carta de aceite assinada por um dos docentes da disciplina