

---

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

Declaro, para os devidos fins, que tenho conhecimento e aceito as seguintes normas referentes ao **Programa de Pós-Graduação Mestrado em Saúde da Família**:

1. Disponibilidade de carga horária mínima semanal de 20 (vinte) horas, durante toda a vigência do Curso;
2. As aulas, seminários e outras atividades das disciplinas do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Saúde da Família serão realizadas de acordo com a programação ofertada;
3. O Programa de Pós-Graduação Mestrado em Saúde da Família culmina com a Defesa da Dissertação de Mestrado e, previamente a esta etapa, exige-se a apresentação à Coordenação do Programa de um artigo encaminhado para publicação em periódico científico QUALIS, em parceria com o professor orientador, com base na dissertação. Sem o cumprimento deste requisito, a Defesa de Dissertação não será efetivada;
4. O Programa de Pós-Graduação Mestrado em Saúde da Família atenderá às exigências normativas da CAPES/MEC.

Teresina, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

---

Assinatura

Nome do candidato: \_\_\_\_\_

Nº de inscrição \_\_\_\_\_

LINHA DE PESQUISA:

- A saúde da família no ciclo vital
- Formação de recursos humanos na atenção à saúde da família