



TERMO DE INSCRIÇÃO

Vimos, _____ e _____, por meio deste, realizar nossa inscrição como candidatos(as) aos respectivos cargos de **Coordenador(a) e Subcoordenador(a) do Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública** da Faculdade de Odontologia da UFMG.

Atendendo ao preceituado no Art. 26, Inciso IV, do Regimento Geral da UFMG, gostaríamos de manifestar que, caso eleitos(as), aceitaremos a investidura do cargo.

Estamos cientes e de acordo com o Edital nº 09/2020 de 29 de novembro de 2020, publicado pela Diretoria desta Faculdade.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2020.

Assinatura _____

Nome Completo _____

Candidato(a) a Coordenador(a) do Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública

Assinatura _____

Nome Completo _____

Candidato(a) a Subcoordenador(a) do Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública