



Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia

Faculdade de Odontologia
Av. Pres. Antônio Carlos, 6627
Pampulha – Belo Horizonte – MG
CEP: 31.270-901
Tel. (31) 3409-2470
E-mail: odonto-posgrad@ufmg.br



TERMO DE INSCRIÇÃO

Vimos, _____ e _____, por meio deste, realizar nossa inscrição como candidatos(as) aos respectivos cargos de Coordenador(a) e Subcoordenador(a) do Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia, 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 02/2024 de 28 de março de 2024, publicado pela Diretoria desta Faculdade.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2024.

Assinatura _____

Nome Completo _____

Candidato(a) a Coordenador(a) do Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia

Assinatura _____

Nome Completo _____

Candidato(a) a Subcoordenador(a) do Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia