

SOLICITAÇÃO DE

Eu, **NOME COMPLETO**, abaixo assinado, regularmente matriculado no Curso de Mestrado Profissional em Saúde e Desenvolvimento Humano na linha de Pesquisa , encaminho, em  vias impressas e uma cópia em mídia digital de  intitulada: **TÍTULO**, para fins de , nos termos do Regulamento deste Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano desta Universidade La Salle.

Atenciosamente,

Canoas,

|  |  |
| --- | --- |
|  | **NOME COMPLETO** |
|  | Mestrando(a) em Saúde e Desenvolvimento Humano |

Av. Victor Barreto, 2288 - 92010-000 - Canoas/RS - CNPJ 92.741.990/0040-43 - Fone: (51) 3476.8500 - Fax: (51) 3472.3511 - www.unilasalle.edu.br