



## **Comunicado aos Aprovados no Processo Seletivo do Programa de Pós-Graduação em Odontologia**

**Edital nº 001/2023 – Ingresso 2º/2023**

Prezados(as) aprovados(as) e classificados(as),

Informamos que a confirmação de ingresso dos candidatos aprovados e classificados no número de vagas no Programa de Pós-Graduação em **Odontologia** deverá ser feita até o dia **30/07/2023**, enviando o formulário (anexo) por e-mail -[spgfsacad@unb.br](mailto:spgfsacad@unb.br).

Solicitamos ainda que encaminhem apenas o formulário (anexo) preenchido.

Atenciosamente,

Gestão Acadêmica da Secretaria de Pós-Graduação da FS/UnB



## **Confirmação de Ingresso no Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Edital 001/2023**

Eu, \_\_\_\_\_,  
CPF nº \_\_\_\_\_, candidato(a) de inscrição nº \_\_\_\_\_,  
selecionado pelo Edital 001/2023, às vagas do Programa de Pós-Graduação em **Odontologia**, para os cursos de Mestrado Acadêmico e Doutorado para o **segundo** período letivo de 2023, confirmo meu ingresso para o nível ( ) mestrado acadêmico ou ( ) doutorado.

Informo estar ciente dos dispositivos que norteiam o Programa de Pós-Graduação em **Odontologia** da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Declaro que toda documentação que apresentarei no ato da inscrição encontra-se em conformidade com as normas do Decanato de Pós-Graduação da Universidade de Brasília.

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do(a) Candidato(a)**

**Senhor(a) candidato(a), em atendimento ao Ofício Circular nº1/2017-CGAP/DAV/CAPES e à Portaria Normativa MEC Nº 13, de 11 de maio de 2016, que trata da indução de Ações Afirmativas na Pós-Graduação, favor preencher os campos abaixo:**

**Raça/Cor**

- Branca  
 Preta  
 Parda  
 Amarela  
 Indígena  
 Não declarado

**Pessoa com deficiência**

- Sim  
 Não