



TERMO DE CIÊNCIA

Eu, _____,
RG (ou passaporte): _____, CPF: _____, declaro
estar ciente do conteúdo do Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Ciências
Biológicas da UFRN para o biênio _____ - _____, e responsabilizo-me pelo
cumprimento de todos os prazos, disciplinas, atividades e normas exigidos para a conclusão
do curso de Mestrado em Ciências Biológicas.

Local e data

Assinatura