



**DOUTORAMENTO EM CIENCIAS BIOMÉDICAS DA FMUAN  
TERMO DE COMPROMISSO**

Para os devidos e legais efeitos, eu (NOME COMPLETO) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,

candidato a frequentar o Curso de Doutoramento em Ciências Biomédicas da Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto, declaro solenemente que conheço o Decreto Executivo 14/17 de 18 de Janeiro do Ministério do Ensino Superior que cria esse curso, assim como o Regulamento do referido Curso, as respectivas propinas e a Programação do seu 1º Ano, compreendi inteiramente e aceito esses termos, tenho disponibilidade e condições para frequentar o primeiro ano e, se seleccionado, prosseguir os estudos na totalidade para obtenção do respectivo grau de Doutor.

Luanda, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

\_\_\_\_\_  
(ASSINATURA CONFORME DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO)