



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**Centro de Ciências da Saúde**  
**Faculdade de Medicina**  
**Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias**



**Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias PPGDIP**

---

## **DECLARAÇÃO DE OPÇÃO PARA DEFESA DO TIPO REMOTA/HÍBRIDA**

**NOME DO ALUNO :**

**NÍVEL:**

**TÍTULO DO TRABALHO:**

**ORIENTADOR:**

Eu, \_\_\_\_\_,  
declaro minha opção, por interesse, pela realização da defesa de meu trabalho em  
modalidade remota/híbrida, em consonância com a Resolução CEPG nº 128/2022.

Rio de Janeiro,        de                    de