**ANEXO II**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE FRONTEIRA**

**TERMO DE ANUÊNCIA DO DISCENTE PARA PARTICIPAR DE AULAS REMOTAS SÍNCRONAS POR VIDEOCONFERÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, discente matriculado na disciplina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, deste Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, DECLARO que **CONCORDO** em participar da referida disciplina, que será ofertada **de forma remota e síncrona.**

Estou ciente que ao preencher este termo, declaro que disponho de recursos tecnológicos e demais condições necessárias para participação na disciplina, bem como as Instruções Normativas, Regulamento do Programa de Pós-Graduação.

Atenciosamente,

(inserir assinatura eletrônica)

NOME COMPLETO DO DISCENTE

UNIOESTE – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira