



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE AGRONOMIA E MEDICINA VETERINÁRIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AGRONOMIA**

**ACEITE DE ORIENTAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, aceito orientar

Nome do orientador

\_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_/\_\_\_\_\_,

Nome do aluno

aluno(a) do ( ) mestrado ( ) doutorado do Programa de Pós-Graduação em  
AGRONOMIA, da Faculdade de Agronomia e Medicina Veterinária.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura Orientando

\_\_\_\_\_  
Assinatura Orientador