Apéndice 3 - Carta de aceptación del/de la director/a de tesis

Lugar y fecha

A la Comisión de Evaluación del Programa de Posgrado en Ciencias de la Salud

Yo, [Nombre completo del director(a)], titular del CPF [número del CPF], profesor(a) integrante del cuerpo docente del Programa de Posgrado en Ciencias de la Salud, declaro formalmente que acepto a [Nombre completo del candidato(a)], titular del CPF [CPF del candidato(a)], como estudiante bajo mi dirección en la línea de investigación de [Nombre del Área], en la modalidad de [Maestría/Doctorado].

Tras el análisis detallado del proyecto de investigación titulado "[Título del Preproyecto del candidato(a)]", afirmo que:

El problema de investigación y los objetivos propuestos son relevantes y están bien definidos, alineados con los requisitos del Programa de Posgrado.

El cronograma presentado es viable dentro de los plazos establecidos por el Programa.

El producto final previsto cumple con los prerrequisitos y criterios definidos por el Programa de Posgrado.

El(la) candidato(a) posee las competencias y habilidades necesarias para la exitosa ejecución del proyecto.

Me comprometo a acompañar y dirigir al(la) estudiante en todas las etapas del desarrollo del proyecto, velando por la calidad académica y observando las normas éticas e institucionales correspondientes.

Me comprometo a orientar al(la) referido(a) estudiante en el desarrollo de su investigación, respetando las directrices y los plazos establecidos por el Programa, así como la legislación vigente. Aseguraré el seguimiento regular del progreso académico y científico del(la) estudiante, promoviendo discusiones, revisiones y el apoyo necesario para la ejecución y conclusión del trabajo, dentro de los estándares de calidad exigidos por el Programa de Posgrado.

Sin otro particular, quedo a disposición para cualquier aclaración adicional.

Atentamente,

_____

[Firma física o digital gov.br]

[Nombre completo]

[Correo electrónico institucional]