

APÊNDICE I
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

DECLARAÇÃO DE PROFESSOR ORIENTADOR
DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Declaro, para os devidos fins que se fizerem necessários, que fui procurado (a) pelo (a) acadêmico (a) _____

Matrícula _____,

que se encontra no _____ semestre, e que concordo em orientá-lo (a) nas disciplinas TEO0030 – Trabalho de Conclusão de Curso I e TEO0040 – Trabalho de Conclusão de Curso II durante os semestres seguintes.

Declaro também que o (a) aluno (a) foi informado(a) que deverá registrar o projeto de TCC no SIE, até o dia ____/____/____.

Santa Maria, __ de _____ de _____.

Nome do Prof. _____ SIAPE: _____

Assinatura do professor: _____

Telefone do professor: _____

E-mail do professor: _____

Telefone do aluno: _____

E-mail do aluno: _____