



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Terapia Ocupacional
Coordenação do Curso



ANEXO C

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) _____,
matriculado(a) no _____ semestre, e que concordo em orientá-lo(a) nas disciplinas
TEO0030 – Trabalho de Conclusão de Curso I / 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: _____

Telefone do professor: _____

E-mail do professor: _____

Telefone do aluno: _____

E-mail do aluno: _____

Assinatura do aluno

Assinatura do Professor

Atenção: Para efetivação da matrícula, o(a) acadêmico(a) deverá comparecer na coordenação do
Curso de Terapia Ocupacional, portando a presente declaração, até o dia divulgado no site do
curso (<http://coral.ufsm.br/terapiaocupacional>).