

ANEXO 5 E

ACEITE DE TROCA DE ORIENTADOR.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA

DECLARAÇÃO

Eu....., declaro aceitar a troca de orientação do TC que está sendo realizado pelo(a) aluno(a).....,GRR..... Autorizo que o tema deste TC esteja livre para ser orientado por outro professor.

Curitiba,..... de..... de 20.....

.....

Assinatura e carimbo Rubrica