UNIVERSIDADE DE VASSOURAS

Pró-Reitoria de Medicina

ANEXO 3

CURSO DE MEDICINA

TERMO DE COMPROMISSO DE ORIENTAÇÃO

Eu Prof. (a)_____ comprometo-me a orientar o trabalho de conclusão de curso (TCC) do (a) aluno (a) _____

_____

Matr. _____, ano/semestre _____, Período _____.

Desenvolvendo o projeto de pesquisa: _____

_____

_____

DADOS DO ORIENTADOR

Nome Completo:	RG.
Email	Tel:
Graduação	
Pós-graduação	

DADOS DO CO-ORIENTADOR (SE HOUVER)

Nome Completo:	RG.
Email	Tel:
Graduação	
Pós-graduação	

DADOS DO ALUNO

Nome Completo:		RG.
Email		Tel:
Turma	Semestre	

Eu _____, declaro ciência de que o não cumprimento das atividades demandadas pelo orientador a cima citado, poderá romper o compromisso firmado por meio deste documento, não podendo haver cumprimento de entrega de TCC sem orientação previamente firmada.

Assinatura do Aluno

_____

Assinatura do Orientador

_____

Vassouras, _____ de _____ de 20___.