

FICHA DE CONFIRMAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Conforme as disposições estabelecidas no regulamento para elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, solicitamos as seguintes informações:

NOME DO (S) ACADÊMICO (S) (A) Orientando (a)

NOME DO PROFESSOR (A) Orientador (a)

ÁREAS DE ESTUDO

Clínica Médica	Clínica Cirúrgica	Ciências Básicas	Saúde Pública e Epidemiologia	Saúde Materna Infantil

LINHA DE PESQUISA

TÍTULO DO TRABALHO

Dia da semana disponível para a orientação: _____ Horário: _____

Local disponível para orientação: _____

Estando de acordo com as condições estipuladas no regulamento, firmam o presente documento:

Acadêmico (a) Orientando(a)

Acadêmico (a) Orientando(a)

Professor (a) Orientador (a)

Criciúma _____ de _____ de 20_____