

TIMBRE DA INSTITUIÇÃO

CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE MESTRADO/DOCTORADO/OUTRO

Certificamos para fins de direito e comprovação que [NOME], RG nº [NÚMERO DO RG E ÓRGÃO EXPEDIDOR/EMISSOR], CPF nº [XXX], concluiu em [DATA DA CONCLUSÃO POR EXTENSO] o curso de [GRADUAÇÃO/PÓS-GRADUAÇÃO] *LATO SENSU/MESTRADO/DOCTORADO* em [NOME DO CURSO], realizado na [NOME DA INSTITUIÇÃO]. Declaramos que o(a) aluno(a) cumpriu todos os requisitos para obtenção do grau de [MESTRE, DOCTOR etc.], não apresenta pendências com a Secretaria do programa e encontra-se apenas aguardando a confecção do seu [CERTIFICADO/DIPLOMA] pelo setor responsável desta instituição de ensino.

O curso de [GRADUAÇÃO/PÓS-GRADUAÇÃO] *LATO SENSU/MESTRADO/DOCTORADO* em [NOME DO CURSO] é autorizado pela Portaria [INFORMAR DOCUMENTO LEGAL DE AUTORIZAÇÃO DO CURSO E DATA DA SUA PUBLICAÇÃO NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO] e o prazo para confecção do [CERTIFICADO/DIPLOMA] é de [INFORMAR PRAZO] a contar desta data.

[Cidade], [data].

[assinatura].