CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

DECLARAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO DE ORIENTADOR PARA O TCC

Eu, Prof. (a)_____, matrícula _____, venho comunicar a Comissão do Trabalho de Conclusão de Curso a **DESISTÊNCIA** da orientação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do(a) estudante_____DRE_____, com o tema _____.

O (a) estudante passará a ser orientado pelo(a) Prof.(a)_____, matrícula _____, que **ACEITA** e assume a orientação a partir desta data, com o seguinte tema:_____ .

Ambos (professores e o estudante) estão cientes de que é necessário o cumprimento do prazo de defesa do TCC, tal como consta no Regulamento de TCC da Graduação em Terapia Ocupacional/UFRJ.

_____Nome e assinatura Professor (a) Orientador (a)

_____Nome e assinatura Professor (a) Orientador (a)

_____ Nome e assinatura do (a) Estudante.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__ .

Informações adicionais:

Contatos do discente	E-mail: _____ Telefone: ( )_____
Contatos dos docentes:	E-mail: _____ Telefone: ( )_____ E-mail: _____ Telefone: ( )_____