

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DEFESA DE TRABALHO FINAL DE CURSO (TC)

ALUNO	
MATRÍCULA	
E-MAIL	
TELEFONE:	()
TÍTULO DO TF:	

Eu,
Professor(a) _____
_____, como orientador(a) do(a) acadêmico(a) acima descrito, declaro que o(a) aluno(a) concluiu seu Trabalho Final de Curso (TF), estando APTO a realizar a Defesa Pública de seu TF conforme os dados abaixo:

DATA:	
HORA:	
SALA:	

Banca:

PRESIDENTE: (Orientador)	
AVALIADOR 01:	
AVALIADOR 02:	
AVALIADOR 03: (opcional)	
AVALIADOR 04: (opcional)	

Declaramos, ainda, estar ciente das determinações do Regulamento de TF, envolvendo meus deveres e responsabilidades como Orientador e Orientando(a) no processo de orientação, bem como formatação, prazos, formas, formulários, etc., e todas as previsões relativas ao trâmite da Banca Examinadora.

Volta Redonda, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Professor(a) Orientador(a)

Nome e assinatura do(a) Professor(a) Coorientador(a) (*facultativo*)

Assinatura do(a) Aluno(a)

Coordenação do Curso:

- () Homologo a indicação da Banca Examinadora acima.
() Não homologo a indicação da Banca Examinadora acima.

Observações:

Data e Assinatura
Coordenador(a) PRJ

Colegiado do Curso:

- () Aprovada a indicação da Coordenação do Curso.
() Não aprovada a indicação da Coordenação do Curso.

Observações:

Data da Reunião: ____ / ____ / ____

Visto da Coordenação de Trabalho final de Curso:

Data: