**DECLARAÇÃO**

Declaramos, para os devidos fins, que **nome do aluno** cursou o módulo nome do módulo, coordenado pelo(a) Prof.(a) nome do docente e cursada em ano (quantidade de créditos créditos), no Mestrado em Fisioterapia e Funcionalidade da Universidade Federal do Ceará, tendo sido aprovado com nota: \_\_\_\_\_\_\_\_ e frequência \_\_\_\_\_\_ %.

Fortaleza, data.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prof.(a)Dr.(a) nome do docente

Coordenador(a) do módulo nome do módulo

PPGFisio/FAMED/UFC