**DECLARAÇÃO**

Declaramos, para os devidos fins, que o aluno **nome do aluno**, com ingresso em semestre, concluiu a atividade ESTÁGIO EM DOCÊNCIA (Código: FIS0004) – 4 créditos (64 horas), na disciplina nome (Código: número) no Curso de nome da Faculdade nome, sob a orientação do(a) Prof.(a) Dr.(a) nome orientador, perfazendo a carga horária exigida pelo programa de Mestrado em Fisioterapia e Funcionalidade da Universidade Federal do Ceará.

Fortaleza, data.

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Assinatura do(a) Professor(a) Orientador(a) | |