



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DEPÓSITO – RESOLUÇÃO N.º 04/2012

NOME DO DISCENTE			
MATRÍCULA		TELEFONE (S)	
E-MAIL			

TÍTULO DO TRABALHO	
TIPO DE PESQUISA	

Comunico que atuei na orientação e/ou co-orientação do trabalho de conclusão de curso acima identificado. Nessa conjuntura, ao considerar que o mesmo está “apto” para a defesa, venho autorizar o seu depósito para defesa no período letivo \_\_\_\_\_.

NOME DO ORIENTADOR	
CONTATO	

NOME DO CO-ORIENTADOR	
CONTATO	

Aproveito a oportunidade para sugerir a composição da banca examinadora, com a participação dos docentes listados a seguir, como avaliadores:

NOME DO AVALIADOR 1	
CONTATO	

NOME DO AVALIADOR 2	
CONTATO	

Mossoró/RN, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

ASSINATURAS DE CONCORDÂNCIA

\_\_\_\_\_  
Assinatura do discente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do orientador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do co-orientador