**TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR DO**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)**

**CURSO:**

***CAMPUS*:**

| **IDENTIFICAÇÃO DO/A ALUNO(A)**  Nome:  Número de Matrícula:  Endereço completo:  CEP: Município Estado:  Fones:  e-mail: |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO/A ORIENTADOR(A)**  Nome:  Endereço completo:  CEP: Município Estado:  e-mail:  *Campus* a que pertence:  e-mail:  Titulação ou Certificação Máxima:  ( ) Especialista; ( ) Mestre; ( ) Doutor.  Nome do Título que consta no Certificado ou Diploma:  Instituição que conferiu o Título: Ano: |

**TÍTULO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (pode ser o título provisório):**

**DECLARAÇÃO DO/A ORIENTADOR(A):**

Declaro para os devidos fins que aceito a orientação do trabalho de conclusão de curso do/a aluno/a acima identificado. Declaro ainda conhecer o Regulamento dos Cursos de Pós-graduação do Instituto Federal Farroupilha, bem como me submeter a toda decisão emanada da Coordenação da Pós-Graduação e Coordenação do Curso em conformidade com as orientações da Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação (PRPPGI) do Instituto Federal Farroupilha.

Data: Assinatura: