

DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de comprovação junto à Coordenação do Curso de Medicina e qualquer outro Departamento do Centro Universitário UnirG, que o(a) acadêmico(a) _____, matrícula nº _____, foi Monitor(a) da Disciplina de _____, sob minha responsabilidade, dos períodos de _____ a _____ do ano de _____, cumprindo uma carga horária total de _____ horas.

Gurupi, ____ de _____ de _____.

Professor(a) Supervisor(a)

Prezado (a) Acadêmico (a),

Informe o e-mail para qual deseja que seja enviado o certificado:

Telefone para contato: _____