PAPEL TIMBRADO

**DECLARAÇÃO**

 Declaramos para fins que se fizerem necessários que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome do acadêmico), realizou Estágio Supervisionado, de natureza extracurricular, na área de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ex.: Dentistica, Endo), no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Local de realização do Estágio), sob a supervisão do(a) odontólogo(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no período correspondente a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, totalizando \_\_\_\_\_ horas, conforme Relatório de Frequência anexo.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (local), \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. (Ex.: Gurupi/TO, 15/01/2017).

 (assinatura do Odontologo)

Nome do odontólogo com CRO (carimbo)

 (assinatura do Diretor Técnico do local)

Nome do Diretor Técnico do local com n. da matrícula funcional (carimbo)