

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que a Profª. Drª. **(nome do professor) orientou** o Trabalho de Conclusão de Curso do(a) aluno(a) **(nome do aluno)**, intitulado: **(título do TCC**, no período de **2011/1 a 2012/1**.

Florianópolis, XX de XX de XXXX.

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**- Membro da Comissão de TCC *-***