

**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 professor)** participou da banca examinadora da defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado: **(título do TCC)**, do(a) aluno(a) **(nome do aluno),** realizada no dia XX de XX de XXXX às XX:00 horas, no Auditório do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, XX de XX de XXXX.

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

**- Membro da Comissão de TCC *-***