**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que o(a) pós-graduando(a) **Nome**, RG **número**, nº USP **número**, está sob minha orientação no **selecione**, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, no curso de **selecione**, cuja matrícula inicial é datada de **dd/mm/aaaa**, com previsão de finalização em **dd/mm/aaaa**.

Declaro ainda que a frequência do(a) pós-graduando(a) à Universidade se dá conforme abaixo assinalado:

|  |  |
| --- | --- |
| **Dia(s) da semana** | **Período** |
| [ ]  Segunda-feira | [ ]  Diurno - 07h00 às 18h00 |
| [ ]  Terça-feira | [ ]  Integral - 07h00 às 23h59 |
| [ ]  Quarta-feira | [ ]  Matutino - 07h00 às 12h00 |
| [ ]  Quinta-feira | [ ]  Vespertino - 13h00 às 18h00 |
| [ ]  Sexta-feira | [ ]  Noturno - 19h00 às 23h59 |

São Paulo, **dia** de **mês** de **ano**.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prof.(a.) Dr.(a.) **Nome**

**Orientação à(ao) aluna(o):** preencha a declaração e envie ao orientador para que este a assine pelo USP Assina ou pelo gov.br. Se necessário, o orientador poderá solicitar suporte do respectivo Programa.