**[TIMBRE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO]**

**DECLARAÇÃO**

Eu, (nome do/a Coordenador/a), coordenador/a do Programa de Pós-graduação em (nome do programa de pós-graduação), declaro que a estudante (nome da estudante), matriculada em nível de (mestrado/doutorado) sob o nº (nº de matrícula), está autorizada a exercer atividade de Tutoria no Sistema Universidade Aberta do Brasil, no período de (data inicial) até (data final do semestre de atuação). Por ser verdade, firmo o presente documento, com a anuência do professor orientador do/a estudante.

(Cidade), (dia) de (mês) de (ano).

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

Nome e Assinatura do Coordenador de Pós-graduação

Coordenador de Pós-graduação em (nome do programa de pós-graduação)

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

Nome e Assinatura do Professor Orientador

Professor Orientador