**DECLARAÇÃO**

Declaro, para os devidos fins, que o discente (NOME DO DISCENTE), regularmente matriculado no Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará, em nível de (INFORMAR NÍVEL: MESTRADO OU DOUTORADO), matrícula n° (N° DA MATRÍCULA), realizou atividades extra disciplinares sob minha orientação, cumprindo a carga horária mínima semanal (8 horas), como parte dos requisitos mínimos para implementação/manutenção de bolsas no âmbito do Programa de Pós-graduação em Odontologia.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

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

Assinatura e Nome do Orientador

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

Assinatura e Nome do Discente