**Formulário de Retirada de Certificado**

**FRC**

**Identificação do curso**

**Discente(s)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome** | **Processo SEI-UFF** | **Nº do certificado** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Declaração**

Declaro ter recebido o(s) Certificado(s) de Pós-Graduação Lato Sensu do(s) discente(s) especificado(s) neste formulário.

Declaro, ainda ser responsável pela guarda e pelo acondicionamento adequado do(s) referido(s) Certificado(s) até a entrega ao(s) discente(s) beneficiário(s).

**[LOCAL] , [DATA]**

**[Assinatura do coordenador, diretor de unidade ou preposto]**

**[Nome do coordenador, diretor de unidade ou preposto]**

**[Matricula SIAPE**(se tiver)**]**