**Termo de Entrega de Certificado - TEC**

**(para cursos EAD)**

**Identificação do curso**

**Discente**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Matrícula** | **Livro e Número do Registro** | **Nº do Certificado** |
|  |  |  |  |

**Declaração**

Declaro ter recebido o Certificado de Pós-Graduação Lato Sensu especificado neste formulário e respectivo Histórico Escolar.

Declaro ainda estarem em conformidade os dados constantes do Certificado e do respectivo Histórico Escolar.

**,**

**[LOCAL] [DATA]**

**ASSINATURA DO DISCENTE**

**(REPRESENTANTE LEGAL, SE FOR O CASO)**

**NOME:**

**CPF:**

**RG:**