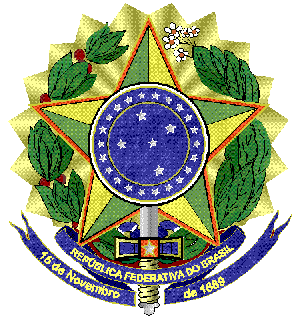
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO - UNIVASF**

**COLEGIADO ACADÊMICO DO CURSO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

Av. José de Sá Maniçoba, S/Nº - Campus Centro - Caixa Postal 252

CEP.: 56.304-205 - Petrolina – PE, Telefone: (87) 2101-6862

[www.graduacao.univasf.edu.br/farmacia/](http://www.graduacao.univasf.edu.br/farmacia/) e-mail: [cfarm@univasf.edu.br](mailto:cfarm@univasf.edu.br)

**APÊNDICE 10**

**CONVOCAÇÃO DO PARECERISTA**

**(PREENCHER OS DADOS COM LETRA DE FORMA)**

|  |
| --- |
| Considerando a Regulamentação Interna de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do Curso de Ciências Farmacêuticas, venho por meio deste, convidar o TITULAÇÃO E NOME DO PROFESSOR, para emissão de parecer sobre o Projeto do discente NOME DO DISCENTE, intitulado: “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”, sob minha orientação.  \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Orientador  Petrolina – PE, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.  ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------  (DESTACAR NA LINHA PONTILHADA)  RECIBO DE ANUÊNCIA  Declaro que eu TITULAÇÃO E NOME DO PROFESSOR, aceito emitir parecer sobre o Projeto do discente NOME DO DISCENTE, intitulado: “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”, sob orientação do TITULAÇÃO E NOME DO PROFESSOR ORIENTADOR, dentro do prazo estipulado conforme o Regimento Interno CFARM nº 001/2013.  \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Parecerista  Petrolina – PE, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_. |
|  |
|  |

**(Redação dada pela Regulamentação nº 01/2014-CFARM/UNIVASF, em 12/03/2014).**