| **AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE ESTÁGIOS PARA OS ESTUDANTES DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* DA UFLA** |
| --- |
| A coordenação do programa do curso de (curso do estudante) , representada pelo(a) professor(a) (Coordenador do programa) , autoriza o(a) estudante (nome do estudante)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a realizar estágio (obrigatório ou não obrigatório) na (nome da concedente) no período de \_\_/\_\_/\_\_\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_\_\_, sob a orientação do professor(a) (nome do orientador) .  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do coordenador(a) do programa  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do orientador(a) |