

**DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO****ENTREGA DE TCC AO COLEGIADO DE CURSO**

ANO

SEMESTRE

NOME DO ALUNO:

NÚMERO DO CPF

CÉDULA DE IDENTIDADE

ORGÃO EXPEDIDOR

DATA DE NASCIMENTO

ENDEREÇO:

Nº:

APTO.:

BAIRRO:

CIDADE:

UF:

CEP:

TEL.:

ENTREGA O TCC ABAIXO

TIPO

TÍTULO

SEMESTRE

____/____/____

DATA

ASSINATURA DO ALUNO

COMPROVANTE DE RECIBO

O aluno _____ do curso _____ matrícula _____ entregou o TCC no Colegiado de Curso na data abaixo.

____/____/____

DATA

ASSINATURA