



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO

Serviço de Graduação

SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE ORIENTADOR
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Dados Pessoais

Nome:

Informações sobre o Trabalho de Conclusão de Curso

Departamento:

Área de conhecimento:

Sub-área:

Modalidade

Monografia

Pesquisa Científica

Relato de Caso

Justificativa para Alteração

Eu, _____, solicito a alteração de orientador(a), tendo em vista

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

Assinatura do aluno

Concordância do(a) atual Orientador(a)

Eu, Prof(a). Dr(a). _____, concordo com o desligamento de
orientação do Trabalho de Conclusão de Curso do(a) aluno(a) supracitado(a).

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) atual Orientador(a)

Aceite do(a) novo(a) Orientador(a)

Eu, Prof(a). Dr(a). _____, aceito ser orientador(a) do(a)
aluno(a) supracitado(a), comprometendo-me a orientar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento de seu trabalho de Conclusão
de Curso em todas as suas etapas.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) novo(a) Orientador(a)