



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO CEARÁ

PPGHCE

Programa de Pós Graduação em História, Culturas e Especialidades

Declaração de aceite

Eu, Professor(a) Dr.(a) _____ do

PPGHCE, responsável pela disciplina _____

ofertada no semestre letivo _____ declaro para os devidos

fins que concordo com a participação do(a)

aluno(a) _____

_____ na condição de:

ALUNO ESPECIAL () – marcar com um “X”.

ALUNO OUVINTE () – marcar com um “X”.

Assinatura do(a) Professor(a)