



**Governo do Estado do Ceará**  
**Secretaria da Ciência Tecnologia e Educação Superior**  
**Universidade Estadual do Ceará - UECE**  
**Centro de Ciências da Saúde - CCS**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPSAC**



## DECLARAÇÃO DE ESTÁGIO À DOCÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_, Professor (a) do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, declaro para os devidos fins que, \_\_\_\_\_, aluna (o) regularmente matriculado (a) no \_\_\_\_\_ em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE), matrícula \_\_\_\_\_, concluiu Estágio à Docência (30 horas/aulas), ministrando aulas no período letivo de \_\_\_\_\_ na seguinte disciplina, sob minha responsabilidade:

Nome da disciplina: \_\_\_\_\_

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Professor(a) Orientador(a)