



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FLORESTAIS

Av. Governador Lindemberg, 316, Jerônimo Monteiro – ES, CEP – 29550-000
Cx. Postal 16 – Telefone: (28) 3558-1565 Fax: (28) 3558-1565
e-mail: cienciasflorestais@cca.ufes.br

DECLARAÇÃO

Eu, abaixo assinado, como Professor do Programa de Pós-Graduação em

_____ ,

autorizo que o Sr. (a.) _____ ,

CPF No. _____._____._____ -____, matricule-se como **Aluno Especial** na(s) Disciplina

(s) _____

_____ ,

sob a minha responsabilidade.

(Sr. Professor, o limite máximo de vagas para alunos especiais por disciplina é de 20% do total de vagas oferecidas)

Atenciosamente,

Prof.
Siape No.