



Fundação Francisco Mascarenhas
Faculdades Integradas de Patos
Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu*
Nível Especialização - Modalidade Presencial



**FORMULÁRIOS DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
DA PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU - NÍVEL ESPECIALIZAÇÃO**

(DISCENTES)

Patos – Paraíba
2010



Fundação Francisco Mascarenhas
Faculdades Integradas de Patos
Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu* - Nível Especialização - Modalidade Presencial
Coordenação da Área de _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE SOBRE A AUTENTICIDADE DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (ARTIGO CIENTÍFICO)

Eu, _____
abaixo-assinado(a), concluinte do Curso de Especialização em _____

_____ das Faculdades Integradas de Patos, realizado no período de ____/____/____ a
____/____/____, declaro que o conteúdo do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado

_____ é autêntico, original e de minha exclusiva autoria.

Dirigimo através deste a Coordenação Geral e Administrativa da Pós-Graduação e à Coordenação de Área para solicitar a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso. Atesto para este fim, que tenho conhecimento do Regimento Geral da Pós-Graduação *Lato Sensu* (01/2010 – FFM/FIP) das Faculdades Integradas de Patos e do Regulamento do Trabalho de Conclusão de Curso (01/2010, de 22 de fevereiro de 2010) do que organiza os trabalhos de produção de TCC desta IES, assim como assumo total responsabilidade pelo não cumprimento dos prazos estabelecidos no Regulamento do TCC.

Atesto também que tenho conhecimento sobre a vedação legal e as penalidades previstas para qualquer violação de direitos autorais, em qualquer fase de produção da pesquisa, inclusive a desclassificação sumária da minha pessoa que incorrer em violação de direitos autorais.

Patos-PB, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Aluno(a)



Fundação Francisco Mascarenhas
Faculdades Integradas de Patos
Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu* - Nível Especialização - Modalidade Presencial
Coordenação da Área de _____

**CARTA-CONVITE
(DO ALUNO PARA O PROFESSOR-ORIENTADOR)**

Eu _____,
aluno(a) regularmente matriculado(a) no Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu* das
Faculdades Integradas de Patos no Curso de _____
_____, solicito ser orientado(a)
pelo(a) professor(a) _____,
na linha de pesquisa _____.

Informo que o título do Trabalho de Conclusão de Curso – Artigo Científico será:

Patos-PB, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Aluno(a)



Fundação Francisco Mascarenhas
Faculdades Integradas de Patos
Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu* - Nível Especialização - Modalidade Presencial
Coordenação da Área de _____

**CARTA-ACEITE
(DO PROFESSOR-ORIENTADOR PARA O ALUNO-ORIENTADO)**

Declaro, para os devidos fins, aceitar o convite para orientar o Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo Científico) de _____,
aluno(a) regularmente matriculado(a) no Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu* das
Faculdades Integradas de Patos do Curso de Especialização _____

_____ na linha de pesquisa _____,
o qual será por me orientado durante o prazo previsto para entrega e apresentação.

Informo que o título do Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo Científico) será:

Pela maior clareza e verdade, dato e firmo o presente.

Patos-PB, _____ de _____ de _____.

Professor(a)-Orientador(a)



Fundação Francisco Mascarenhas
Faculdades Integradas de Patos
Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu* - Nível Especialização - Modalidade Presencial
Coordenação da Área de _____

CARTA-DESISTÊNCIA (DO ALUNO PARA A COORDENAÇÃO DE ÁREA)

Eu _____,
aluno(a) regularmente matriculado(a) no Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu* das
Faculdades Integradas de Patos no Curso de _____,
venho mui respeitosamente solicitar da V. S^a, Coordenador (a) da Área de _____
_____, a autorização para o desistência da orientação do Trabalho
de Conclusão de Curso (Artigo Científico) do professor(a)-
orientador(a) _____.
Ao mesmo tempo, solicito a indicação de um novo professor(a)-orientador(a).

Informo que a justificativa da desistência da orientação é a seguinte:

Patos-PB, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Aluno(a)



Fundação Francisco Mascarenhas
Faculdades Integradas de Patos
Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu* - Nível Especialização - Modalidade Presencial
Coordenação da Área de _____

CARTA-DESISTÊNCIA (DO PROFESSOR-ORIENTADOR PARA A COORDENAÇÃO DE ÁREA)

Eu _____,
professor(a) deste Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu* do Curso de
Especialização _____,
venho mui respeitosamente solicitar da V. S^a, Coordenador(a) da Área de
_____, a autorização para o desistência da orientação do
aluno(a) _____.
Ao mesmo tempo, solicito que indique o nome de um novo professor(a)-orientador(a) para o
mesmo.

Informo que a justificativa da desistência da orientação é a seguinte:

Patos-PB, _____ de _____ de _____.

Professor(a)-Orientador(a)



Fundação Francisco Mascarenhas
Faculdades Integradas de Patos
Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu* - Nível Especialização - Modalidade Presencial
Coordenação da Área de _____

CADASTRO SIMPLIFICADO DO PROCESSO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

I – IDENTIFICAÇÃO DO(A) ALUNO(A)

Nome do(a) aluno(a): _____
Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____ CPF: _____
Endereço: _____
Nº _____ Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ Estado: _____
Telefone: () _____ Celular: () _____
E-mail para contato: _____

II – IDENTIFICAÇÃO ACADÊMICA DO(A) ALUNO(A)

Graduação: _____
IES da Graduação: _____
Ano de Ingresso: _____ Ano de Conclusão: _____
Curso de Especialização Matriculado: _____
Ano de Ingresso: _____ Ano de Previsão de Conclusão: _____
Nº da Matrícula: _____ Turma: _____
Título do Artigo Científico (TCC): _____
Tipo da Pesquisa: () Bibliográfica () Campo (*in loco*) () Empírico-Reflexiva
() Outro: _____
Local da Pesquisa: _____

III – IDENTIFICAÇÃO DO(A) ORIENTADOR(A)

Orientador(a): _____
Graduação: _____
Pós-Graduação: _____
Nível da Titulação da Pós-Graduação: () Doutorado () Mestrado () Especialização
Endereço: _____
Nº _____ Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ Estado: _____
Telefone: () _____ Celular: () _____
E-mail para contato: _____

Coordenador(a) de Área



Fundação Francisco Mascarenhas
Faculdades Integradas de Patos
Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu* - Nível Especialização - Modalidade Presencial
Coordenação da Área de _____

**CADASTRO DO(A)S ALUNO(A)S ORIENTADO(A)S EM PROCESSO DO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
(CONTROLE DO PROFESSOR(A)-ORIENTADOR(A))**

I – IDENTIFICAÇÃO ACADÊMICA DO(A) ALUNO(A)

Nome do(a) aluno(a): _____

Telefone: () _____ Celular: () _____

E-mail para contato: _____

Curso de Especialização Matriculado: _____

Título do Artigo Científico (TCC): _____

Tipo da Pesquisa: () Bibliográfica () Campo (*in loco*) () Empírico-Reflexiva
() Outro: _____

Local da Pesquisa: _____

II – PONTOS RELEVANTES ABORDADOS NOS ENCONTROS

Coordenador(a) de Área