

ANEXO II – TERMO DE RESPONSABILIDADE

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PROFESSOR ORIENTADOR DO TRABALHO PARA II MOSTRA DE ESTÁGIOS E PRÁTICAS EM SAÚDE DO DF

Eu, Nome completo, qualificação profissional, docente da NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO declaro neste Termo que o trabalho intitulado por NOME DO TRABALHO a ser apresentado na II Mostra de Estágios e Práticas em Saúde do DF não pertence ou já pertenceu em partes em Liga Acadêmica desta Instituição de Ensino.

NOME COMPLETO DO PROFESSOR/Nº REGISTRO DO CONSELHO PROFISSIONAL

ASSINATURA DO REPRESENTANTE DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO

NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO

DATA: DIA/MÊS/2025