|  |
| --- |
| **AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE DIPLOMA POR TERCEIROS** |

Eu, , portador(a) da Cédula de Identidade RG/RNM nº , CPF , residente na cidade de , Estado de , pelo presente instrumento autorizo o(a) Sr(a) , portador da Cédula de Identidade RG/RNM nº , CPF nº, a retirar o meu diploma físico conforme informações indicadas abaixo:

|  |
| --- |
| **PROGRAMA :**  [ ]  QUÍMICA [ ]  BIOQUÍMICA [ ]  MESTRADO PROFISSIONAL |
|  |
| **CURSO:** [ ]  ME [ ]  DO [ ]  DD |

Declaro ter ciência de que o referido diploma só será entregue mediante a apresentação de um documento válido com foto que permita identificar claramente a pessoa que fará a retirada.

     , **/    /**

*Documento assinado digitalmente*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura eletrônica certificada do(a) diplomado(a)