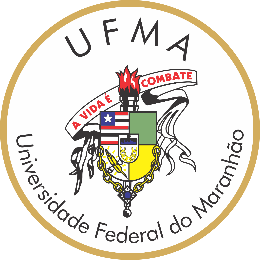
****

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**

**Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966-São Luís – MA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA**

**COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM**

**DECLARAÇÃO DE PUBLICAÇÃO**

Eu, , de RG:      , de CPF:      , declaro que, devido a exigência de exclusividade de publicação de dados requerida pelas revistas científicas, **não autorizo** a publicação na íntegra do trabalho de conclusão de curso intitulado “” pelos próximos 5 anos.

Imperatriz/MA,       de       de      .

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

**Autor(a)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Orientador(a)**