** UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**

**Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 – São Luís - Maranhão.**

**Programa de Pós-graduação em Enfermagem**

**DECLARAÇÃO**

Declaro ao Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, que foram realizadas as correções recomendadas na Dissertação **(informar)** do (a) aluno (a) **(informar)**, defendida no dia **(informar data)** e que esta pode ser encaminhada para expedição do diploma.

São Luís,\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Assinatura do Orientador (a)