|  |
| --- |
| CENTRO DE CIÊNCIAS ........DEPARTAMENTO DE.......... |

# CERTIFICADO

Certificamos que ***NOme*** participou do **“Nome do evento”**, realizado no período de xx a xx de 200x, na Universidade Regional de Blumenau, perfazendo o total de x (horas) horas-aula.

Blumenau, dia de mês de 202x.

|  |  |
| --- | --- |
| **Profa. Nome**Coordenador do evento | **Nome**Representante do evento |
| **Profª Drª Michele Debiase Alberton**Pró-Reitora de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura | |

**Inserir assinatura digitalizada**

**Inserir assinatura digitalizada**

**CONTEÚDO PROGRAMÁTICO**

**Inserir Programação do evento**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo** | **Tema da Palestra** | **Nome do ministrante** | **Data** | **C/h** |
| **Palestra/curso/etc** |  |  | **00/00/2021** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Nome civil: xxxxxx**

**\*Preenchimento pela Daex**

|  |
| --- |
| UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU  Registro nº xxxdo livro nº xx. Blumenau, (SC) dia de mês de 202x. Divisão de Registros Acadêmicos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |