 

**Tel. (32) 2102-3881 e-mail:ppg.odontologia@ufjf.edu.br**

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

## DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM BANCA REMOTA

**DECLARAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, número de matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro estar ciente de que a minha banca de defesa será realizada de forma virtual (por webconferência), conforme previsto na Resolução 01/2020-CSPP.

Autorizo a Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Odontologia a providenciar todos os trâmites necessários para a referida realização.

Por ser esta a expressão da verdade, firmo a presente.

Juiz de Fora, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

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

Aluno