



**UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES
DO JEQUITINHONHA E MUCURI -
UFVJM**
FACULDADE DE MEDICINA - FAMED
<http://site.ufvjm.edu.br/famed/>



DECLARAÇÃO (REALIZAÇÃO DE PROVA)

Declaramos para os devidos fins, que o (a) discente: _____

Matricula nº _____ do Curso de Medicina realizou a
prova do módulo: cód (_____) _____
_____, em ____/____/_____

No horário das _____ h às _____ h. Semestre: _____.

Diamantina/MG, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do Professor do módulo

Nome do Professor: _____