

A U T O R I Z A Ç Ã O

Eu, _____ (nome por extenso), portador(a) do documento de identidade nº _____, expedido pelo(a) _____ (Órgão e Estado expedidor), autorizo pela presente o Sr(a) _____ (nome por extenso) portador(a) do documento de identidade nº _____, expedido pelo(a) _____ (Órgão e Estado expedidor), a retirar o Certificado de conclusão do curso de _____ (nome) junto ao Serviço de Gestão Acadêmica (SECA), da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

Rio de Janeiro, (dia) de (mês) de (ano)

(Assinatura)