Certificado
Certificamos que

**LOGO
DA
LIGA ACADÊMICA**

**NOME DO LIGANTE**

Participou da **SIGLA - NOME DA LIGA ACADÊMICA** da Universidade Federal de São João Del-Rei - Campus Centro Oeste, na condição de **MEMBRO OU CARGO OCUPADO** , no período de **XX de MÊS de XXXX** a **XX de MÊS de XXXX** , cumprindo carga horária total de **XXX** horas.

Divinópolis, XX de MÊS de XXXX

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**NOME DO COORDENADOR DOCENTE**
Coordenador Docente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**NOME DO DIRETOR GERAL**Diretor Geral

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**NOME DO COORDENADOR DO CURSO** Coordenador do curso de medicina

