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

