**EDITAL PROAF 11/2024**

**TERMO DE ACEITE DE ORIENTAÇÃO**

Ao Sr. Pró-Reitor de Ações Afirmativas da UFSB,

Declaro, para os devidos fins, que eu, digite seu nome, docente/Técnico-administrativo do Campus Digite o nome do campus, aceito orientar e acompanhar a execução do Plano de Atividades da/o estudante digite o nome do(a) estudante., Nº de Matrícula Digite o nº de matricula, vinculado ao projeto digite o título do projeto.

Local digite o local Data dia/mês/2024.

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

Assinatura da/o bolsista

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

Assinatura da/o Orientador/a