DECLARAÇÃO

CONCLUSÃO CURSO E COLAÇÃO DE GRAU

A Instituição de ensino (identificação da instituição com o respectivo campus, se tiver pluralidade de locais) declara para os devidos fins, que (nome completo do concluinte), portador do CPF (número do documento) concluiu o curso BACHAREL EM ENFERMAGEM na data dia/mês/ano e colou grau na data dia/mês/ano.

Cidade, dia/mês/ano.

(assinatura do responsável)

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

Nome do responsável

Cargo do responsável na instituição de ensino