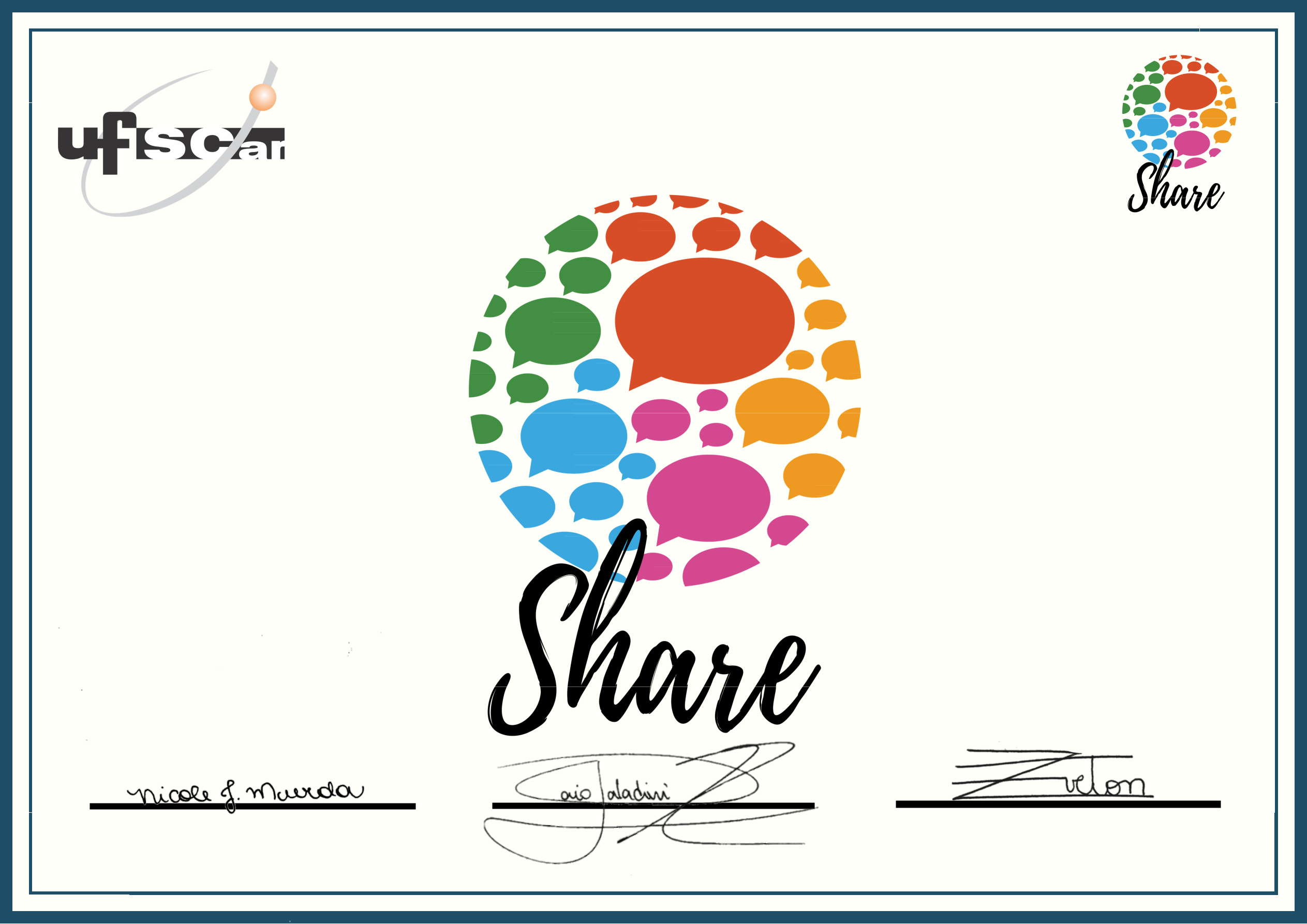
**CERTIFICADO**



CERTIFICAMOS QUE **(NOME)** PARTICIPOU COMO **PROFESSOR(A) VOLUNTÁRIO(A)** DO CURSO DE **(CURSO)** DURANTE O (PRIMEIRO OU SEGUNDO) SEMESTRE DE (ANO), OFERECIDO PELO INSTITUTO SHARE, LOCALIZADO NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - CAMPUS SOROCABA, COM CARGA HORÁRIA DE 30 HORAS.

SOROCABA, D/M/A

**NICOLE JESUS MURDA**

**PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO**

**CAIO ZOMPERO PALADINI**

**PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO**

**EVERTON XAVIER DE LIMA**

**DIRETOR DO ACADÊMICO DA ASSOCIAÇÃO**