

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E INDÍGENA

AUTODECLARAÇÃO DE VERACIDADE DE INFORMAÇÕES APRESENTADAS

Eu, _____, CPF: _____,
(Nome Completo)

RG: _____, Passaporte: _____, declaro que são VERDADEIRAS e EXATAS todas as

informações que foram prestadas, assim como a originalidade e integralidade dos documentos encaminhados em

meio eletrônico, para fins de matrícula na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), na condição de

estudante. Declaro ainda estar ciente de que declaração ou documentação falsa no presente requerimento de

matrícula constitui crime de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal) e estará sujeita a sanções penais, sem

prejuízo de medidas administrativas e outras. Comprometo-me também, a apresentar a documentação original, que

pode ser requerida a qualquer tempo, para verificação e autenticação das cópias pela instituição.

_____, _____ de _____ de _____

(Assinatura)