

ANEXO III: DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PELAS INFORMAÇÕES

Eu, _____, portador do RG no _____, órgão expedidor ____, e do CPF no _____, assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e autenticidade dos documentos submetidos na plataforma de inscrição do processo seletivo para o curso de Doutorado do Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Pernambuco.

Declaro que as informações prestadas são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que a falsidade nas informações implicará nas penalidades previstas em Lei.

_____, ____ de ____ de _____

Assinatura do candidato