

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____
Candidato(a)
Portador da Carteira de Identidade Nº _____ residente na
Rua/Av.: _____
Nº _____ Complemento _____ Bairro _____
Cidade _____ Estado _____
CEP. _____ Fone: _____
E-mail: _____,

assumo integralmente a responsabilidade para com o Programa de Pós-Graduação
Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI,
comprometendo-me a atender todas as suas exigências normativas.

_____, ____/____/2020
Local Data

Assinatura do(a) candidato(a)

