

TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA
REGULAMENTO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Por esse documento eu, _____,
(letra de forma)
inscrito(a) no CPF no. _____, portador(a) da cédula de Identidade no.
_____, declaro que li o Regulamento do Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde do Centro Universitário FMABC. Ficaram claros para mim quais são os meus
deveres e direitos como discente, os prazos e normas do Curso de _____.
Ficaram claros também quais são os requisitos mínimos para a obtenção do título de
_____ em Ciências da Saúde. Concordo e comprometo-me a respeitar e cumprir
as normas vigentes do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro Universitário
FMABC.

Santo André, _____ de _____ de _____.

Assinatura