|  | UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS  COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA |
| --- | --- |

**DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS EM REQUERIMENTO**

Eu,

| NOME |  |
| --- | --- |
| CPF |  |
| NACIONALIDADE |  |
| ESTADO CIVIL |  |
| ENDEREÇO |  |
| TELEFONE |  |
| EMAIL |  |
| MATRÍCULA |  |

Declaro, para fins de direito, sob as penas dos art. 297 a 304 do Código Penal Brasileiro (passível de apuração na forma da Lei), que as informações e os documentos apresentados para requerimento junto à Coordenação do Curso de Medicina –CCM- UFPB são verdadeiros e autênticos.

E por ser esta a expressão da verdade, firmo o presente.

| REQUERIMENTO: |  |
| --- | --- |
| DOCUMENTOS APRESENTADOS: |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Localidade), (\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e CPF