**ANEXO I – TERMO DE RESPONSABILIDADE**

**PROCESSO SELETIVO DE TRANSFERÊNCIA EXTERNA - CURSO DE MEDICINA**

**EDITAL n. 013/2023**

Eu,Clique aqui e digite seu nome completo. , portador do RG n°Clique aqui e digite o número, órgão expedidor Clique aqui e digite . e do C.P.F Clique aqui para inserir o número. residente no endereço Clique aqui para inserir o endereço. Bairro Clique aqui para inserir o bairro., Município Clique aqui para inserir o município. , CEP Clique aqui para inserir o CEP., assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e autenticidade das dos documentos entregues para o processo seletivo de Transferência Externa de Medicina. Declaro estar de inteira responsabilidade pelas informações prestadas, estando ciente de que a falsidade nas informações acima implicará nas penalidades cabíveis.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

(local e data)

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

Assinatura do candidato(a)