

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU* RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA GERAL  
DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

**AUTODECLARAÇÃO DE VERACIDADE DE INFORMAÇÕES APRESENTADAS**

Eu, \_\_\_\_\_,  
(Nome

CPF: \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, Passaporte: \_\_\_\_\_, declaro que são

VERDADEIRAS e EXATAS todas as informações que foram prestadas, assim como a originalidade e integralidade dos documentos encaminhados em meio eletrônico, para fins de matrícula na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), na condição de estudante. Declaro ainda estar ciente de que declaração ou documentação falsa no presente requerimento de matrícula constitui crime de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal) e estará sujeita a sanções penais, sem prejuízo de medidas administrativas e outras. Comprometo-me também, a apresentar a documentação original, que pode ser requerida a qualquer tempo, para verificação e autenticação das cópias pela instituição.

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

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)