SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**CURSO DE GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA**

CAMPUS UNIVERSITÁRIO REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE

CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC

TELEFONE: (48) 3721-6119

E-MAIL: fonoaudiologia@contato.ufsc.br

**DECLARAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estudante regularmente matriculado(a) no Curso de Graduação em Fonoaudiologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que:

1. Os documentos em anexo são cópias fidedignas de seus originais.
2. Estou ciente que, se necessário, deverei apresentar o documento original para conferência e das implicações diante desta impossibilidade.
3. Estou ciente que, a apresentação de documento falso implicará penalização do aluno que agir de má fé visando obter vantagem indevida, em conformidade com a Resolução Nº 17/CUn/97 e demais normas aplicáveis (§ 3º do Art. 8º - Regulamento das Atividades Complementares do Curso de Fonoaudiologia – UFSC)

Florianópolis, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Estudante:

Número de Matrícula: