



**TERMO DE COMPROMISSO - CURSO DE MESTRADO
PROFISSIONAL EM SAÚDE, MEDICINA LABORATORIAL E
TECNOLOGIA FORENSE**



Folha: 01/01

IDENTIFICAÇÃO DO(A) CANDIDATO(A)

NOME

DOCUMENTO DE IDENTIDADE

ÓRGÃO EXPEDIDOR

CPF/PASSAPORTE

NACIONALIDADE

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, portador(a) das informações e documentos descritos acima, estou ciente de que, se selecionado(a), deverei apresentar, à Coordenação do Curso, num prazo máximo de 12 (doze) meses, a contar da data de matrícula no curso, o(s) documento(s) o(s) pendente(s) abaixo assinalado(s). Estou ciente ainda de que a não apresentação do(s) documento(s) até o prazo máximo descrito implica no desligamento automático do Curso.

DOCUMENTOS:

- DIPLOMA DE GRADUAÇÃO PLENA OU TECNÓLOGO**
- HISTÓRICO ESCOLAR COMPLETO COM DATA DE COLAÇÃO DE GRAU**
- CPF**
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE**
- OUTRO: _____**

ASSINATURA DO(A) CANDIDATO(A)

DATA

[USO EXCLUSIVO DA SECRETARIA DE GESTÃO ACADÊMICA]

Documento(s) apresentado(s) em ____/____/____.

Conferido e autenticado por _____

ID.: _____