DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO

Declaro, para fins de matrícula no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da UERJ (PPGSC IMS/UERJ), ter lido a Deliberação nº 02/2020 que regulamenta todo o funcionamento dos cursos de Mestrado e Doutorado Acadêmicos do IMS e está disponível na página do Instituto – <https://www.ims.uerj.br/pos-graduacao/o-programa/> –, estando ciente de que não poderei argumentar desconhecimento de seu conteúdo.

Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento de Identidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(usar o mesmo enviado com a documentação da matrícula)

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_