



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: