

ANEXO III – TERMO DE RESPONSABILIDADE

**PROCESSO SELETIVO DE TRANSFERÊNCIA EXTERNA - CURSO DE MEDICINA
EDITAL n. 014/2025**

Eu, _____, portador do RG
nº _____, órgão expedidor _____ e do C.P.F. _____
residente no endereço _____
Bairro _____ Município _____ CEP _____,
assumo inteira responsabilidade pelo teor das informações prestadas e autenticidade dos documentos
entregues para o processo seletivo de Transferência Externa de Medicina. Declaro estar ciente que a inexatidão
e/ou falsidade em quaisquer das informações acima implicará nas penalidades cabíveis.

_____, _____ de _____ de _____.
(local e data)

Assinatura do candidato(a)