

**TERMO DE VERACIDADE DE INFORMAÇÕES PRESTADAS E DOCUMENTOS  
APRESENTADOS**

Eu, \_\_\_\_\_,  
natural de \_\_\_\_\_, portador da carteira  
de identidade nº \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob nº  
\_\_\_\_\_, residente e domiciliado na Cidade de  
\_\_\_\_\_ e Estado de \_\_\_\_\_, à  
(Rua/Avenida/Travessa) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, DECLARO, para fins de direito,  
sob as penas da lei, que as informações prestadas e documentos comprobatórios que  
apresento para concorrer a uma das vagas do Programa de Pós-graduação em  
Enfermagem - Mestrado da Universidade Federal de Alagoas - UFAL, Edital nº  
01/2018, são verdadeiros e autênticos (fieis à verdade e condizentes com a realizada  
dos fatos à época).

Fico ciente através deste documento que a falsidade desta declaração configura crime  
previsto no Código Penal Brasileiro e passível de apuração na forma da Lei. Nada mais  
havendo a declarar e ciente das responsabilidades pelas declarações prestadas, firmo  
o presente.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local e data

\_\_\_\_\_  
Nome do declarante/ Assinatura