

**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  
\_\_\_\_\_

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, 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