**DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES E AUTENTICIDADE DE**

**DOCUMENTOS APRESENTADOS**

Eu, , portador do RG nº , órgão expedidor , inscrito no CPF sob o nº , assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e autenticidade das cópias dos documentos.

Declaro estar ciente de que a falsidade nas informações apresentadas implicará penalidades cabíveis, notadamente no que diz respeito DOS CRIMES CONTRA A FÉ PÚBLICA; DA FALSIDADE DOCUMENTAL; DE OUTRAS FALSIDADES do Código Penal Brasileiro (Art. 296 ao 308).

Declaro para fins de direito, que as informações e cópias de documentos encaminhadas para o Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Alagoas são verdadeiros e autênticos. E por ser esta a expressão da verdade, firmo o presente.

, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura