



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
NÚCLEO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO
COORDENADORIA DE ADMISSÃO E MATRÍCULA
CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO ESCOLAR - EAD

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____,
portador do CPF nº _____, residente e domiciliado no
endereço _____

assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas nesta solicitação, e pela
autenticidade das cópias dos documentos digitalizados entregues para fins de matrícula no
Curso de _____,
Edital de Seleção nº _____, da Universidade Federal do Acre.

Declaro ainda estar ciente que a falsidade nas informações prestadas implicará nas
penalidades cabíveis, em âmbito civil, administrativo e penal.

_____, _____ de _____ de _____.

(Local e Data)

Assinatura do(a) Candidato(a)

* Este Termo de Responsabilidade deverá ser impresso, assinado e digitalizado juntamente com
os demais arquivos solicitados para Matrícula Institucional, e, por fim, enviado em arquivo
único para o e-mail: secgestaoescolar.ead@ufac.br.