



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
NÚCLEO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO
COORDENADORIA DE ADMISSÃO E MATRÍCULA**

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

_____ assume 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 matricula@ufac.br.