

# 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

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.