



**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, e, por fim, enviado em arquivo  
único para o e-mail [matricula@ufac.br](mailto:matricula@ufac.br).