

ANEXO II

TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

PROCESSO DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA DE MEDICINA – REVALIDA

Nome: _____

CPF nº: _____

1. Declaro estar ciente e de acordo com as normas para revalidação de diploma de Medicina por meio do exame revalida.
2. Declaro ser de minha inteira responsabilidade o envio de todos os documentos e informações solicitados pela UNIFAL-MG.
3. Declaro que os documentos e informações apresentados para a instrução processual são verdadeiros e fidedignos.
4. Declaro estar ciente de que, no caso de documentação incompleta e/ou falta de esclarecimentos na forma exigida, a revalidação do diploma ocorrerá somente após a regularização da documentação e o saneamento das pendências identificadas pela Instituição.
5. Declaro ter ciência da prerrogativa da UNIFAL-MG de, a qualquer momento e mediante justificativa, exigir a apresentação presencial dos documentos originais para conferência e comprovação de sua autenticidade em face de denúncias ou indícios de irregularidade.
6. Declaro estar ciente de que, nos termos da legislação brasileira, poderei responder administrativa, civil e criminalmente pela falsidade das informações prestadas e da documentação apresentada.

[Cidade] _____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Requerente