



PPG CiPharma
Programa de Pós-Graduação
em Ciências Farmacêuticas



UFOP

Universidade Federal
de Ouro Preto

DECLARAÇÃO

Eu, _____,
CPF _____, RG _____ declaro
que li o edital, aceito os critérios para o processo seletivo do Doutorado
estabelecidos no Edital CiPharma N° 07/2021 e que disponho de todos os
recursos necessários para participar da seleção, a saber: computador com a
configuração compatível ao acesso as plataformas Moodle e Google meet, com
câmera e microfone em funcionamento, a internet com qualidade e estabilidade
adequadas a realização das avaliações ou qualquer equipamento necessário à
participação no processo seletivo.

_____, _____ de _____ de 2021.

Assinatura do(a) Candidato(a):