



**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 Mestrado  
estabelecidos no Edital CiPharma No 06/2021 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):