



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas**  
**PPG CiPharma**  
**Escola de Farmácia**  
**Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP**

---

**DECLARAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ declaro  
que li o edital, aceito os critérios para o processo seletivo do Doutorado  
estabelecidos no Edital CiPharma 04/2020 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.

Cidade, data

---

Assinatura do Candidato