



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 Mestrado
estabelecidos no Edital CiPharma 03/2020 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