

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria De Estado Da Saúde Pública
Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____, inscrito
sob o nº de CPF.: _____, Comprometo-me a assegurar minha
participação e desenvolvimento no **Curso Técnico de Nível Médio em Enfermagem**,
que será ofertado pela **ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO NORTE**
(ESPRN).

Comprometo-me, também, a acessar o material didático para participação nas
aulas e garantir frequência adequada com o cumprimento das metas e objetivos do
curso, e por ser a expressão da verdade, assino o presente termo.

Local e Data, _____, ____/_____/2021.

Assinatura do aluno.

