

ANEXO III

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, **nome completo**, declaro estar ciente de que as atividades de Extensão realizadas pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia são organizadas em conformidade com regulamentos gerais e específicos que norteiam aspectos institucionais e didáticos, bem como os direitos e deveres de estudantes, docentes e servidores. Reconheço, ainda, que essas diretrizes consideram, de maneira crítica, a condição pública, gratuita, inclusiva, autônoma e de qualidade da Universidade.

Comprometo-me, também, a observar que o preenchimento deste formulário não assegura, de forma imediata, a reserva de vaga na referida atividade, nem garante a emissão de certificado, este estando condicionado à frequência e ao aproveitamento acadêmico avaliado ao longo do curso.

nome da cidade /nome do estado, 00 de mês de 2025.

Assinatura

O documento poderá ser assinado em meio digital a partir da sua conta gov.br no
sítio <https://assinador.iti.br/>