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

DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE DOCUMENTAL E VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS

Eu, _____,
inscrito sob o nº de CPF _____, declaro que os DOCUMENTOS APRESENTADOS SÃO AUTÊNTICOS, assumindo o mesmo poder de prova que os ORIGINAIS, nos termos do Art. 425, inc. IV do CPC/2015.

Declaro também, para fins de direito, sob as penas da lei, que as INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS e condizentes com a realidade.

_____, _____/_____/_____
(Local) (Data)

_____
ASSINATURA DO(A) ALUNO(A)