Curso Pré-Vestibular MedEnsina do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

AUTODECLARAÇÃO

Eu,_____,
portador(a) do RG:_____ e CPF:_____, declaro que me identifico como _____.

Declaro estar ciente de que as informações que estou prestando são de minha inteira responsabilidade.

São Paulo, _____ de _____ de 2027.

_____

Assinatura do(a) declarante

Av. Dr. Arnaldo, 455 - Subsolo - CEP 01246-903 - Cerqueira César
medensina@fm.usp.br
www.medensina.com