



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 2025.

Assinatura do(a) declarante