



**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 2023.

---

Assinatura do(a) declarante