****

 **DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DE INFORMAÇÃO E DOCUMENTOS**

**Nome:**

**Nacionalidade:**

**Estado civil:**

**RG nº CPF nº**

**Residente/Domiciliado:**

**Cidade: UF:**

 Declaro serem autênticos e verdadeiros todas as informações e documentos apresentados para admissão no Programa de Pós- Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Maranhão, sob pena de responsabilidade civil, penal e administrativa.

Assinale os documentos que estão sendo declarados:

( ) CPF

( ) RG

( ) DIPLOMA

( ) PROFICIÊNCIAEMLÍNGUAINGLESA

( ) SERVIÇO MILITAR

São Luís-MA\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do candidato**