**ANEXO VIII**

**DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DOS DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA MATRÍCULA INSTITUCIONAL**

Eu, (NOME COMPLETO DO DECLARANTE), (NACIONALIDADE), (ESTADO CIVIL), (PROFISSÃO), (DATA DE NASCIMENTO), (DOCUMENTO DE IDENTIDADE n.º XXXXXX - ÓRGÃO EXPEDIDOR – UF), CPF Nº XXXXXXXX, (ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO), DECLARO, SOB AS PENAS DA LEI, que os documentos apresentados digitalizados, sem possibilidade de validação digital, como requisitos obrigatórios para efetivação da matrícula institucional no curso de especialização em Saúde Pública, SÃO VERDADEIROS E CONFEREM COM OS RESPECTIVOS ORIGINAIS.

(CIDADE), (DIA) de (MÊS) de 20XX.

(nome e assinatura)