



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_,  
(nacionalidade), \_\_\_\_\_ (estado civil), \_\_\_\_\_  
(profissão), portador da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_, expedida  
pelo \_\_\_\_\_, em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, inscrito no CPF/MF sob o nº  
\_\_\_\_\_, residente e domiciliado na Cidade de  
\_\_\_\_\_ e Estado do \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ (endereço completo), declaro, para  
fins de direito, sob as penas da lei, e em atendimento ao EDITAL Nº 679/2017;  
que as informações constantes dos documentos que apresento para inscrição no  
processo seletivo do Curso Doutorado do Programa de Pós-Graduação em  
Odontologia, área de concentração Ortodontia, para o ano letivo de \_\_\_\_, são  
verdadeiras e autênticas.

Fico ciente por meio deste documento que a falsidade desta declaração configura  
crime previsto no Código Penal Brasileiro, passível de apuração na forma da Lei.

Nada mais a declarar, e ciente das responsabilidades pelas declarações  
prestadas, firmo a presente.

\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato