



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
*Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia
e Cirurgia de Cabeça e Pescoço*



DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DO REGULAMENTO DO II CURSO DE VERÃO EM CIÊNCIAS DA AUDIÇÃO, VISÃO, COMUNICAÇÃO E ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS E CERVICAIS - FMRP-USP

Eu, (Nome do candidato), portador do CPF nº XXXXXXXXXXXXX, declaro que li na íntegra o regulamento do II Curso de Verão em Ciências da Audição, Visão, Comunicação e Estruturas Craniofaciais e Cervicais, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, e estou de acordo com todos os termos descritos.

Cidade onde se encontra o candidato, dia, mês e ano.

Atenciosamente,

(Assinatura do candidato)

Nome do candidato