

TERMO DE RESPONSABILIDADE

2º para o 3º Módulo – 2023/ 2ºSEM

Guarujá, _____ de _____ de 20_____.

Eu, _____ portador(a)

do RG.: _____ CPF.: _____

declaro estar plenamente ciente que até o presente momento, no ato da rematrícula, **NÃO** completei as 400 horas de estágio obrigatória para a conclusão do auxiliar de enfermagem, caso não conclua até **Dezembro** de 2023, tenho a ciência que irei realizar a matrícula para o 4º módulo (pagamento de vínculo, valor da mensalidade vigente) e pagar R\$3,00 (três reais) por cada hora faltante.

Assinatura do responsável