

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Guarujá, _____ de _____ de 20____.

Eu, _____ portador (a) do
RG _____ declaro estar plenamente ciente que devo cumprir minhas horas
de estágio (Saúde Pública) em _____ de 2023. Caso tenha alguma
dúvida conversar com os coordenadores Hugo Vinicius dos Santos ou Monik Gomes
Budha. Se não cumprir, sei que para me rematricular precisarei pagar vínculo
(mensalidade vigente) mais R\$ 3,00 (três reais) por cada hora que me faltar.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

