

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Saúde Pública - 1º para o 2º Módulo

Guarujá, _____ de _____ de 20_____.

Eu, _____
portador(a) do RG: _____ declaro estar plenamente de acordo
que devo cumprir 100 horas de estágio (Saúde Pública) até **Outubro** de 2023. Caso
tenha alguma dúvida, conversar com os coordenadores Hugo Vinicius ou Monik
Budha. Em caso de descumprimento, estou ciente que para me rematricular,
precisarei pagar R\$3,00 (três reais) por cada hora faltante.

Assinatura do responsável