

## 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 janeiro de 2023 nos horários matutino das 07h às 12h ou noturno das 18h às 22h. 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

