**Termo de responsabilidade**

**DECLARAÇÃO**  
  
(Favor preencher todos os campos solicitados, utilizando computador ou letra de forma legível)  
  
Eu, NOME,  
  
portador do RG.

e do CPF.

Funcionária de (a/o) \_\_\_\_\_\_\_\_EMPRESA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

declaro que todas as informações aqui prestadas são verdadeiras, corretas e completas.  
  
Confirmo ainda ter ciência do compromisso assumido perante as Instituições Governamentais Brasileiras que promovem o curso quanto a normas e regulamentos do Programa e quanto a:

* Promoção e supervisão de ações que visem à concreta aplicação dos conhecimentos adquiridos no treinamento no retorno do curso;
* Manter contato com as Instituições Coordenadoras e Executoras do treinamento;
* Responder relatórios e questionários enviados pelas Instituições periodicamente;
* Manter meu cadastro atualizado no sistema Online.

Local e data:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_,

Assinatura:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME

CARGO