**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA**

**NÚCLEO DE SAÚDE**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**APÊNDICE E**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_-\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, afirmo serem verdadeiras as informações apresentadas, por mim, ao Programa de Pós Graduação- Mestrado Acadêmico em Psicologia para pleitear uma bolsa concedida pelo Programa de Desenvolvimento da Pós-Graduação (PDPG), de acordo com os termos do EDITAL Nº 05/2022/PPGPSI-UNIR e afirmo cumprimento das Portarias vigentes da CAPES, assumindo qualquer ação posterior ocasionada pela não veracidade das informações fornecidas ou infrações às Portarias.

Porto Velho, ­­­­\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_

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

Assinatura