



Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências e Tecnologias em Saúde - FCTS

Colegiado do Curso de Graduação em Farmácia

DECLARAÇÃO DE CÓPIAS AUTÊNTICAS

Eu, _____,
portador do CPF nº _____, solicitante de créditos em
Atividades Complementares, Edital 02/2025, do Curso de Farmácia da
Faculdade de Ciências e Tecnologias em Saúde, Universidade de Brasília
declaro, para fins de prova junto à Comissão de Atividades Complementares
e somente para efeito da homologação de créditos, que os comprovantes
entregues são cópias autênticas dos originais.

Declaro que estou ciente de que na hipótese de prestar falsas informações,
estarei incorrendo em falta e sujeito a penalidades previstas no artigo 299
do Código Penal Brasileiro, Decreto-lei n. 2.848/1940.

Brasília, _____ de _____ de _____

Assinatura (SouGov)