



**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE
PARA ALUGUER DE CACIFO**

DRAC

Eu, abaixo assinado, estudante da Escola Superior de Saúde de Santa Maria, declaro que tomei conhecimento do teor do Regulamento de Atribuição de Cacifos (Mod__) e aceito as condições e procedimentos aí estabelecidos.

Nome: _____ Nº estudante: _____

Assinatura: _____

Nome: _____ Nº estudante: _____

Assinatura: _____

Nome: _____ Nº estudante: _____

Assinatura: _____

Nome: _____ Nº estudante: _____

Assinatura: _____

Nome: _____ Nº estudante: _____

Assinatura: _____

W

