



Universidade de Brasília

Faculdade de Ceilândia

Colegiado do Curso de Graduação em Farmácia

## DECLARAÇÃO DE CÓPIAS AUTÊNTICAS

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do CPF no. \_\_\_\_\_, solicitante de créditos em  
Atividades Complementares, Edital 01/2021, do Curso de Farmácia da  
Faculdade de Ceilândia, 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