**ANEXO III - DECLARAÇÃO**

Declaro ter ciência e estar de acordo com as normas do Edital PROPEIN nº. **014/2023** do Processo de Seleção de Candidatos ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas – Nível Mestrado e Doutorado.

Declaro, sob pena da lei, que as informações deste requerimento são verdadeiras. A inveracidade das informações prestadas neste formulário, quando constatada, a qualquer tempo, implicará o cancelamento da inscrição e da bolsa de estudo ou taxa escolar porventura concedida e a adoção das medidas judiciais cabíveis. Autorizo efetuar pesquisa cadastral em meu nome.

Sorocaba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

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

**Assinatura do Candidato**