

**MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICA E GESTÃO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM  
SAÚDE  
(2023)**

**DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES E AUTENTICIDADE DOS DOCUMENTOS  
APRESENTADOS**

Eu, \_\_\_\_\_,  
inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas previstas no Código Penal Brasileiro, que as informações e os documentos apresentados para fins de minha matrícula no Curso de Mestrado Profissional em Política e Gestão da Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde ofertado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz são verdadeiros e autênticos.

Por ser esta a expressão da verdade, firmo a presente.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
(assinatura conforme documento de identificação)