**DECLARAÇÃO DE ACEITE**

**DO REGIMENTO DA COMISSÃO DE ESPECIALIZAÇÃO**

**E DAS NORMATIVAS DOS CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO *LATO SENSU***

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, documento (RG ou CPF) nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que li e aceito o **Regimento da Comissão de Especialização da Universidade Federal do ABC** (publicado no Boletim de Serviço nº 825, de 12/03/2019, pp.8), o **Projeto Pedagógico do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu*, em nível de Especialização em** **Formação das Infâncias em Territórios Periféricos**, assim como, as resoluções, portarias e demais normas publicadas nos sítios eletrônicos da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e do curso supracitado e comprometo-me ainda a manter-me sempre atualizado(a) acompanhando periodicamente os respectivos sítios eletrônicos.

Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |
| --- |
| (assinatura) |