



CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO CRICARÉ
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE E DESIGUALDADE SOCIAL

DECLARAÇÃO

Eu, _____,
portador (a) do CPF: _____, declaro que aceito integralmente as
normas do Processo de Seleção do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* Mestrado
Acadêmico em Saúde e Desigualdade Social, do Centro Universitário Vale do Cricaré
(UNIVC), turma 2026/1, das quais tomei conhecimento antecipadamente através do
Edital disponível no endereço eletrônico: <https://www.univc.com.br/mestrado>.

São Mateus / ES ____ de _____ de _____.
