

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____, CPF: _____,
RG: _____, endereço: _____,
contato: _____, e-mail: _____, empregado (a); da
FUNDAÇÃO COMUNITÁRIA TRICORDIANA DE EDUCAÇÃO – FCTE, venho através desta
declarar que:

Não conclui nenhum curso de nível superior em qualquer Instituição, e por ser a expressão fiel da verdade, sujeito-me formalmente, por intermédio desta declaração, em caso de omissão ou falsidade, a responder pelas sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, nos termos que dispõe o artigo 299 do Código Penal.

Por ser verdade firmo o presente em duas vias de igual teor.

_____ de _____ de _____ .

Declarante

FUNDAÇÃO COMUNITÁRIA TRICORDIANA DE EDUCAÇÃO - FCTE

Três Corações: Av. Castelo Branco, 82 - Chácara das Rosas | CEP: 37417-150 - TELEFONE: 35 3239.1000

Belo Horizonte: Av. Amazonas, 3.200 - Prado | CEP: 30411-186 - TELEFONE: 31 3064.6333

Caxambu: Rua Dr. Viotti, 134 - Centro | CEP: 37440-000 - TELEFONE: 35 3341.3288