



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Escola Superior de Ciências da Saúde

ANEXO IV
(EDITAL/ESCS nº 26 de 10 de dezembro de 2018)

DECLARAÇÃO

Eu, _____
(preencher o nome completo com letra de forma) selecionado(a) no SISU, primeira edição de 2019, para o Curso de Graduação em _____ da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS, declaro que tenho ciência de que **NÃO POSSO OCUPAR 2 (DUAS) VAGAS, SIMULTANEAMENTE, EM INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DE ENSINO SUPERIOR, EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**, conforme dispõe a Lei Federal nº 12.089, de 11 de novembro de 2009, sob pena de cancelamento de minha matrícula.

Brasília-DF, _____ de _____ de _____.

(Assinatura conforme RG)