

## TERMO DE AUTENTICIDADE E VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES APRESENTADAS

Nome do(a) Servidor(a) ou Candidato(a): \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Mat. SIAPE (se servidor(a)): \_\_\_\_\_

Endereço completo: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telefone (s): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Declaro através do presente Termo que as cópias de documentos/exames médicos laboratoriais enviados por mim através do sistema de Envio de Documentos do SIASS-UFCG, constante no endereço eletrônico - <https://www.siass.ufcg.edu.br/index.php/exame-admissional>, são autênticos, feitas a partir de documentos originais. Declaro também que todas as informações que constam nos documentos apresentados são verdadeiras.

Estou ciente que além da documentação solicitada pelo SIASS-UFCG, devo apresentar cópia de um documento de identificação com foto (RG ou CNH).

Declaro estar ciente que estou sujeito(a) às penalidades previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal, em caso de declaração falsa ou diferente de fato ou situação real ocorrida, além de estar obrigado(a) a devolver valores recebidos indevidamente, quando for o caso.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura **manuscrita** do(a) Servidor(a) ou Candidato(a) igual a constante no documento de identificação enviado

\_\_\_\_\_  
CPF (manuscrito)

\_\_\_\_\_  
RG ou CNH com (UF) (manuscrito)

**APÓS O PREENCHIMENTO, ASSINATURA E INSCRIÇÃO DE Nº DE DOCUMENTOS SOLICITADOS, ESCANEAR EM ENQUADRAMENTO E SEM CORTES E ENVIAR JUNTO COM OS DOCUMENTOS/EXAMES SOLICITADOS PELO SIASS-UFCG. A VIA ORIGINAL DESTES DOCUMENTOS DEVERÁ SER ENTREGUE AO MÉDICO PERITO OFICIAL NO DIA DA AVALIAÇÃO PERICIAL.**