



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA – CEAD  
Rua Olavo Bilac, 1148 – Centro Sul  
CEP 64001-280 – Teresina PI  
Site: www.cead.ufpi.br**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE COM O CURSO**

Declaro, para os devidos fins, que eu, \_\_\_\_\_, nacionalidade, \_\_\_\_\_ profissão \_\_\_\_\_, endereço \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, CPF n° \_\_\_\_\_, aluno(a) devidamente matriculado(a) no Curso/Área \_\_\_\_\_ sob o número \_\_\_\_\_, em nível de \_\_\_\_\_, da Universidade Federal do Piauí – Centro de Ensino à Distância - CAPES , tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de ESPECIALIZANDO, e nesse sentido, COMPROMETO-ME a respeitar as seguintes cláusulas:

- I – dedicação às atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família do CEAD;
- II - comprovar desempenho acadêmico satisfatório, consoante as normas definidas pela entidade promotora do curso;
- III - frequentar assiduamente todos os encontros presenciais no polo de inserção;
- IV - participar de atividades extras que possam ocorrer durante o curso;
- V- executar o projeto de intervenção;
- VI- participar das sessões de defesa de TCC.

A inobservância dos requisitos citados acima, implicará (ão) no cancelamento da matrícula.

*Assinatura do(a) especializando:* \_\_\_\_\_

*Local de data:* \_\_\_\_\_