

MODELO SUGERIDO
PAPEL TIMBRADO E LOGO DA INSTITUIÇÃO

DECLARAÇÃO

DECLARAMOS, para os devidos fins, que _____
(nome completo) - CPF número _____ é aluno(a)
regularmente matriculado(a) no ____° (____) período letivo do **CURSO DE**
BACHARELADO/RESIDÊNCIA EM MEDICINA, com início em ____ / ____ / ____ e
término previsto para ____ / ____ / ____.

DECLARAMOS ainda, que o **curso/residência** tem duração de ____ (____) semestres
letivos.

São Paulo , (data atualizada – ano 2025).

Assinatura da Secretaria ou Coordenação Acadêmica
Nome do responsável que assina