**ANEXO – Edital 001/2025 – CAS –** **PRÉ-SELEÇÃO PARA ESTÁGIO CURRICULAR INTERNACIONAL**

**DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE E RESPONSABILIDADE**

Eu, [Nome Completo], portador(a) do CPF nº [Número do CPF], estudante regularmente matriculado(a) no curso de Medicina da Faculdade Ceres (FACERES), declaro, para os devidos fins, que:

**DISPONIBILIDADE:**  
Estou ciente e concordo com as condições estabelecidas no Edital nº 01/2025 - CAS - **Pré-Seleção para Estágio Curricular Internacional na FMUP** para participação no Programa de Estágio Curricular Internacional – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), Portugal, e declaro minha total disponibilidade para realizar o estágio presencial no período especificado no edital.

**RESPONSABILIDADE FINANCEIRA:**

Assumo integralmente a responsabilidade por todos os custos relacionados à minha participação no programa, incluindo, mas não se limitando a:

* Passagens aéreas;
* Hospedagem;
* Alimentação;
* Seguro saúde;
* Taxas administrativas;
* Outras despesas pessoais.

**COMPROMISSO COM AS NORMAS:**

Comprometo-me a cumprir todas as normas e exigências estabelecidas pela FMUP e pela FACERES, bem como a observar os prazos e orientações fornecidos pelo Comitê de Internacionalização.

**COMPROMISSO COM CONDUTA E RESPONSABILIDADE ACADÊMICA:**

Declaro estar ciente de que o programa de estágio curricular internacional na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) constitui uma experiência acadêmica e profissional, não sendo caracterizado como uma viagem de turismo. Comprometo-me a manter conduta ética, responsável e alinhada às normas estabelecidas pela FACERES e pela FMUP durante todo o período do programa. Reconheço que qualquer comportamento inadequado, atitudes indisciplinares ou faltas injustificadas poderão resultar em reprovação, na não contabilização das horas como estágio curricular e, conforme o regulamento disciplinar da FACERES,

Declaro que as informações prestadas neste documento são verdadeiras e que estou ciente de que a omissão ou falsidade de informações poderá acarretar a desclassificação do processo de pré-seleção ou a suspensão da minha participação no programa.

São José do Rio Preto, [Data].

Assinatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
[Nome Completo]  
Aluno(a) do Curso de Medicina – FACERES