

Ministério da Educação

Universidade Federal de Alfenas

Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Bairro centro, Alfenas/MG - CEP 37130-001

Telefone: (35) 3701-9290 - http://www.unifal-mg.edu.br

EDITAL COMPLEMENTAR Nº 02/2024

Formulário de ciência das condições do Edital e confirmação dos dados cadastrados

NOME DO(A) CANDIDATO(A)

|  |
| --- |
|  |

CPF

|  |
| --- |
|  |

ANO DO ENEM

|  |
| --- |
|  |

CURSO PARA O QUAL DESEJO ME INSCREVER

|  |
| --- |
|  |

Declaro que todos os dados informados foram por mim revisados, principalmente com o ano correto de realização do ENEM, e tenho ciência de todas as condições do edital. Portanto, não caberá recurso ou processo de judicialização quanto aos dados de minha responsabilidade, às disposições e aos prazos do edital.

DATA

|  |
| --- |
|  |

Assinatura

|  |
| --- |
|  |

Realize assinatura eletrônica com Gov.Br: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/assinatura-eletronica>