

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

Curso de Especialização em Saúde da Família

Pelo presente TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE, eu _____, portador do documento de identidade nº _____, expedido pelo(a) _____, CPF nº _____, CNS nº _____, registrado no Conselho de Classe _____ sob o nº _____, uma vez matriculado(a) na Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal de São Paulo no Curso de Pós-Graduação *lato sensu* em Saúde da Família, em parceria com a UnA-SUS - Universidade Aberta do SUS, na modalidade de ensino a distância, a ser realizado no período de novembro de 2012 a novembro de 2013, comprometo-me a:

- Utilizar os conhecimentos adquiridos no curso, em prol das atividades assistenciais que exerço como _____, junto a Secretaria Municipal de Saúde de _____, na ESF da Unidade Básica de Saúde _____, CNES nº _____;
- Ressarcir à Universidade Federal de São Paulo a totalidade do custo de R\$ 3.966,75 (três mil, novecentos e sessenta e seis reais e setenta e cinco centavos) referente à vaga do Curso que ocuparei, no caso de abandono do curso, sem justificativa prévia ou indeferida pela Coordenação do Curso;
- Desenvolver Trabalho Final do Curso, preferencialmente, relacionado aos temas/assuntos trabalhados no Órgão onde desenvolvo minhas atividades.

São Paulo, _____ de _____ de 2012.

Assinatura