



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**



ANEXO II

DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DOS TERMOS DO EDITAL

CPF nº _____, residente à _____

_____, João Pessoa/PB,

DECLARA, que aceita integralmente os termos e condições do EDITAL Nº ____/20____ DO PROCESSO ELEITORAL PARA ESCOLHA DE DIRETOR (A) E VICE-DIRETOR (A) DO CENTRO DE _____, bem como as disposições contidas no mesmo.

João Pessoa, _____ de _____ de 2023.

Assinatura