**TERMO DE COMPROMISSO**

Pelo presente termo, declaro que recebi cópia do **Regulamento do Programa de Pós-Graduação** (padrão institucional código ENS-REG-0001) e do **Regulamento para a instauração de processos administrativos disciplinares no Programa de Pós-Graduação** (padrão institucional código ENS-REG-0006), do A.C.Camargo Cancer Center (“Instituição”).

Confirmo que li, entendi e anui com as disposições dos documentos acima referidos e que as cumprirei integralmente durante meu vínculo com a Instituição, bem como acompanharei suas atualizações conforme divulgadas pela Instituição em seus sistemas eletrônicos.

São Paulo, \_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Curso de pós-graduação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_