

Declaração de responsabilidade

Eu, **NOME COMPLETO, NACIONALIDADE, STATUS CIVIL**, portador(A) do RG: **NÚMERO**, e CPF: **NÚMERO**, residente e domiciliado(A) em **ENDEREÇO**, lotado(A) no campus/unidade **INFORMAR CAMPUS E UNIDADE DA UNESP**, declaro estar ciente da atual situação mundial de Pandemia da Covid-19, e me responsabilizo pela realização do intercâmbio no período atual e por verificar a situação de saúde no país de destino, bem como contratar seguro saúde e seguir as normas de proteção das autoridades sanitárias do país e universidade de destino.

CIDADE, DIA, MÊS E ANO

ASSINATURA

NOME COMPLETO

*Todos os textos em vermelho devem ser substituídos pela informação dos interessados e/ou apagados.