**ANEXO 2**

### **TERMO DE COMPROMISSO DA/O CANDIDATA/O**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador de RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, caso seja selecionado e me matricule no Mestrado em Saúde Coletiva, declaro que tenho ciência e me comprometo a frequentar integralmente as atividades inerentes ao mestrado, a exemplo de: disciplinas, atividades curriculares obrigatórias (pesquisa orientada, estágio docente e exame de qualificação) e projeto de dissertação. Declaro estar ciente que tais atividades podem acontecer em horários diversos, a depender da organização e dos cronogramas a serem aprovados pelo colegiado do mestrado.

Vitória da Conquista, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome completo do candidata/o e assinatura