



## Anexo X

### UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL

#### PROFICIÊNCIA EM LÍNGUA INGLESA

Eu \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_,

declaro que entregarei o certificado de língua inglesa conforme requisitos constantes no Edital de Seleção até a data do registro na Universidade de Brasília, caso seja aprovado e classificado.

Estou ciente de que a não entrega do certificado resultará na desclassificação do processo seletivo.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Assinatura