



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAL  
DIRETORIA DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA  
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL

**CURSO DE CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

**TERMO DE ACEITE E RESPONSABILIDADE**

Eu, \_\_\_\_\_,  
SIAPE \_\_\_\_\_, **DECLARO** ter integral comprometimento e disponibilidade para participar do Curso de Capacitação em Saúde Mental, no período de 26 a 30 de agosto; de 09 a 13 e de 23 a 27 de setembro; de 07 a 10, de 15 a 18 e de 29 a 31 de outubro; de 04 a 08 e de 18 a 22 de novembro; e de 02 a 06, de 09 a 12 e de 16 a 20 de dezembro do ano de 2013, horário das 8h às 12h, que conheço e cumprirei os requisitos para participar do referido no Curso.

Estou ciente que em caso de desistência não justificada ou o não cumprimento da carga horária mínima de 80%, implicará no não recebimento de certificado, bem como estarei impossibilitado de participar de outros cursos promovidos por esta Coordenadoria de Assistência Psicossocial pelo período de 12 meses a contar da data de finalização deste Curso.

Declaro que é de livre e espontânea vontade a minha participação no Curso e que recebi todas as orientações sobre o Curso de Capacitação em Saúde Mental.

Declaro que estarei de acordo e cumprirei qualquer alteração nas datas, horários, temáticas, mudanças de professores, bem como quais quer outras alterações que sejam entendidas como necessárias pela Coordenação do Curso de Capacitação em Saúde Mental.

Por estar de acordo com todas as exigências, assino este Termo de Aceite e Responsabilidade.

Belém-PA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

---

Assinatura do Servidor/participante:

CPF: