

## TERMO DE SIGILO

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG n.º \_\_\_\_\_ e do CPF n.º \_\_\_\_\_, bolsista do Projeto de Apoio Social e Pedagógico da Unipampa, comprometo-me a manter sigilo sobre as informações recebidas, no cumprimento das atribuições pertinentes ao Projeto.

Declaro, ainda, estar ciente de que, qualquer ação em contrário, implicará em meu desligamento do Programa.

Local e data: \_\_\_\_\_

---

Assinatura do(a) Declarante