**TERMO DE SIGILO**

Eu, Clique aqui para digitar texto., portador(a) do RG n.º Clique aqui para digitar texto. e do CPF n.ºClique aqui para digitar texto., 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: Clique aqui para inserir uma data.

Clique aqui para digitar texto.

Assinatura do(a) Declarante