**CARTA DE CIÊNCIA**

Eu, digite o nome do responsável, portador(a) do RG digite o nº do RG, digite o parentesco mãe / pai / responsável de digite o nome do aluno, aluno(a) da Universidade de Passo Fundo, do curso de Medicina, matrícula número digite o número da matrícula, estou ciente da candidatura da(o) minha filha / meu filho / parentesco a participar do Estágio curricular obrigatório / não obrigatório na digite o nome completo da primeira opção de universidade de destino, digite o nome do país de destino, durante os meses de digite o mês do início do programa a digite o mês do fim do programa de digite o ano.

Estou ciente de que minha filha / meu filho / parentesco permanecerá matriculada(o) na UPF enquanto estiver em período de estágio curricular obrigatório internacional, arcando com todas as despesas relativas à matrícula e às mensalidades na UPF, tendo que pagar a taxa de inscrição do intercâmbio no valor de R$281,00 (duzentos e oitenta e um reais) e a taxa de tramitação de candidatura no valor de R$338,00 (trezentos e trinta e oito reais).

Reconheço que outras despesas são de nossa responsabilidade, tais como: viagem (ida/volta – Passo Fundo/universidade de destino/Passo Fundo), Seguro Médico e Assistência Viagem com cobertura internacional, válida no país de destino durante o período do intercâmbio, despesas pessoais, material didático, alojamento, transporte e alimentação.

Passo Fundo, digite a data.

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

Assinatura