



UNIVERSIDADE DE CRUZ ALTA

Reconhecida pela portaria 1.704 de 03/12/1993 - D.O.U. de 06/12/1993
Recredenciada pela portaria 711 de 08/08/2013 - D.O.U. de 09/08/2013

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO
E COMPARTILHAMENTO DE DADOS**

Eu, _____,
inscrito no CPF nº: _____, declaro estar ciente que os
dados que foram informados no Processo Seletivo da **Pós-Graduação – Lato
Sensu – Especialização em Clínica Médica e Cirúrgica de Pequenos
Animais – 8ª Edição - 2025/01**, serão tratados pela Fundação Universidade de
Cruz alta conforme a Lei nº 13.709/18 – Lei Geral de Proteção de Dados e
Política de Privacidade Institucional, disponível:
<https://home.unicruz.edu.br/politica-de-privacidade/>, e serão compartilhados
com **Crédito Educativo da Unicruz** para o fim específico de análise e seleção
da bolsa/desconto/financiamento por mim solicitado.

Declaro, ainda, estar de acordo que, se não for selecionado, a
documentação apresentada será eliminada no prazo de um ano após o término
do processo seletivo.

Cruz Alta, ____ de _____ de _____.

Assinatura

Candidato: _____

CPF: _____._____._____ - _____

Crédito Educativo – Programa de Bolsas e Financiamentos

FONE: (55) 3043 0118 | EMAIL: creditoeducativo@unicruz.edu.br
Campus Universitário Dr. Ulysses Guimarães - Rodovia Municipal Jacob Della Méa, km 5.6
Parada Benito. CRUZ ALTA/RS - CEP- 98005-972 | UNICRUZ.EDU.BR

