

## DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_,  
servidor(a) público(a), ocupante do cargo **Professor** \_\_\_\_\_ **Nível** \_\_\_\_\_,  
Matrícula N° \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_, lotado(a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

declaro para os devidos fins e provas que tenho conhecimento e concordo com os termos da legislação vigente para o ressarcimento do Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas - MPPPP, ministrado pela Universidade Estadual do Ceará- UECE/SEDUC, conforme o Edital N° 02/2017, (Lei 14.367/2009, Decreto N° 29.986/2009, Instrução Normativa N° 004/2010 e Decreto N° 32.163/2017).

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

---

Assinatura do Cursista