**TERMO DE CIÊNCIA – EXAME DE PROFICIÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito minha inscrição no Processo Seletivo para o Curso de ( ) Mestrado / ( ) Doutorado do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e, estou ciente de que, devido à PANDEMIA DO CORONAVIRUS, excepcionalmente, poderei apresentar o meu certificado de exame de proficiência em língua inglesa, conforme os termos do Edital de Seleção o qual me submeti, no ato da matrícula ou, não sendo possível, no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) a contar da data da minha primeira matricula no Programa, caso seja aprovado no Processo Seletivo corrente.

Declaro ainda que, o **não cumprimento desse prazo para a entrega do Comprovante de Proficiência**, acarretará o meu DESLIGAMENTO do Programa.

Nestes termos,

São Paulo, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nome do(a) Selecionado(a)

Assinatura