

Missão: Contribuir para o desenvolvimento humano e socioeconômico da região do semi-árido nordestino, através da formação de profissionais aptos ao permanente autodesenvolvimento técnico, intelectual e ético.

DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS

Eu _____,
nacionalidade _____, estado civil _____,
profissão _____, portador da carteira de identidade
nº _____, inscrito no CPF sob o nº _____, residente e
domiciliado na Cidade de
_____, Estado _____, à
Rua _____.

Declaro, para fins de direito, sob as penas de lei, que as informações prestadas e os documentos o qual apresento para finalidade de colação de grau e expedição de Diploma, são verdadeiros e autênticos (fiéis à verdade e condizente com a realidade dos fatos a época).

Credenciada pela Portaria Min. Nº 664, de 06/07/2007 – Pub. no D.O.U. de 09/07/2007
Curso de Direito autorizado pela Portaria Min. Nº 652, de 09/07/2007 – Pub. no D.O.U. de 10/07/2007
Reconhecido pela Portaria Nº 306, de 27/12/2012 – Pub. No D.O.U de 31/12/2012
Curso de Psicologia autorizado pela Portaria Min. Nº 583 de 17/08/2015 – Pub. No D.O.U. de 18/08/2015
Curso de Enfermagem autorizado pela Portaria Min. Nº 665 de 05/10/2018 – Pub. No D.O.U de 08/10/2018
Curso de Fisioterapia autorizado pela Portaria Min. Nº 621 de 14/09/2018 – Pub No D.O.U de 17/09/2018
Curso de Nutrição autorizado pela Portaria Min. Nº 190 de 17/04/2019 – Pub. No D.O.U de 18/04/2019

Rua Cel. Trapiá, 201, Centro - Belém do São Francisco/PE CEP.: 56440-000
CNPJ: 09.801.291/0001-91 - Tel.: (87) 3876-1460 - www.facesf.edu.br