**Declaração individual de aceitação de candidatura**

Eu, (nome completo), com o número de B.I./C.C. (número)e com o número de aluno (número atual), a frequentar o 2º (segundo) ano do curso Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, na Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto, declaro, por minha honra, que é de livre vontade que assumirei funções na Comissão Eleitoral para a eleição dos representantes dos estudantes na Comissão de Curso 2017/2022.

(Data por extenso),

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

(nome completo)