



CAAMG

Caixa de Assistência dos Advogados de Minas Gerais

Rua Albita, 260 – Cruzeiro - BH/MG Cep: 30.310-160

Fone: (31) 2125-6300

www.caamg.org.br

TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Por este termo, eu, _____advogado(a),
inscrito(a) na OAB/MG sob o nº _____(estado civil)_____, com CPF nº _____
_____domiciliado (a) no endereço _____
_____, nº _____Bairro _____Cidade _
_____, UF _____, CEP ____
_____, Telefone () _____, e-mail _____

_____, DECLARO estar ciente que parte da bolsa de estudos
ora requerida será subsidiada pela CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DE MINAS
GERAIS, e caso eu seja contemplado e NÃO CONCLUA o curso junto ao ICJ, me
comprometo a indenizar a CAA/MG no valor total de R\$ 1.000,00 (mil reais), em 30
(trinta) dias contados da data de desistência do curso.

Por ser verdade firmo o presente e assino.

_____, _____de _____de _____

(Local e data)

Assinatura