DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para fins de recebimento de bolsa ( ) CAPES ou ( ) CNPq, que o(a) aluno(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº USP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, regularmente matriculado(a) no Programa de Pós-Graduação em Medicina (Neurologia), nível ( ) Mestrado / ( ) Doutorado, não possui vínculo empregatício.

Informo que, caso o(a) aluno(a) venha a obter vínculo empregatício, a Coordenação do Programa em Medicina (Neurologia) será imediatamente comunicada.

Declaro, ainda, estar ciente da Nota sobre acúmulo de bolsa e vínculo empregatício (Portaria Conjunta CAPES-CNPq n° 01/2010), encaminhada por e-mail, quando da divulgação do processo seletivo de bolsas deste Programa, para implantação em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.

Por ser verdade, firmo a presente.

Ribeirão Preto, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

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

Orientador(a)

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

 Aluno(a)