|  |  |
| --- | --- |
|  | Universidade Estadual de MaringáCentro de Ciências da SaúdeDepartamento de Análises Clínicas e BiomedicinaPrograma de Pós-Graduação em Biociências e Fisiopatologia |
| **INSCRIÇÃO - PROCESSO SELETIVO BOLSAS DOUTORADO** |

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Orientador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro a veracidade das informações prestadas abaixo:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Possui vínculo empregatício? |  | SIM |  | NÃO |

##### Em caso de possuir vínculo empregatício, informar Empregador, carga horária semanal e tipo de vínculo (temporário, permanente):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Serviço Público – Nome do Órgão |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Empresa Privada – Nome da Empresa |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Autônomo – Tipo de Atividade |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Outro – Informar detalhes |  |

**Apenas para alunos com vínculo empregatício:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Declaro enquadrar-me nos itens 7.7 e 7.9 das normas para concessão de bolsas do PBF.  |

**Apenas para alunos sem vínculo empregatício:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Dedicarei, a partir de então, 40 horas/semanais ao Programa de Pós-Graduação em Biociências e Fisiopatologia - PBF |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Dedicarei tempo parcial ao Programa de Pós-Graduação em Biociências e Fisiopatologia - PBF |

 Declaro ter conhecimento do conteúdo da Portaria nº 180/2019-PBF que estabelece critérios para classificação, concessão e manutenção de bolsas institucionais aos pós-graduandos do Programa de Pós-Graduação em Biociências e Fisiopatologia – PBF.

Maringá, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Assinatura pós-graduando | Assinatura orientador |

Telefone para contato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_