|  |  |
| --- | --- |
|  | **Universidade Estadual de Maringá**Centro de Ciências da SaúdeDepartamento de Análises Clínicas e BiomedicinaPrograma de Pós-Graduação em Biociências e Fisiopatologia |

DECLARAÇÃO

Eu, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, declaro que desisto da bolsa Demanda Social/CAPES a mim concedida através do Edital nº 00 /20 -PBF.

Informo que a desistência deve-se ao fato de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

E, por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Maringá, \_\_ de fevereiro de 20 .

# Nome e assinatura

CPF