|  |  |
| --- | --- |
|  | **Universidade Estadual de Maringá**  Centro de Ciências da Saúde  Departamento de Análises Clínicas e Biomedicina  Programa de Pós-Graduação em Biociências e Fisiopatologia |

DECLARAÇÃO

Eu, **nome do aluno**, declaro que sou residente e domiciliado no Endereço (descrição do endereço com número, bairro e CEP), município de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e me dedicarei integralmente às atividades do Programa de Pós-Graduação em Biociências e Fisiopatologia - PBF atendendo a todos os requisitos para recebimento da bolsa Demanda Social/CAPES estabelecidos na Portaria nº 076/2010-CAPES, Resolução nº 117/2018-CI/CCS e norma de concessão de bolsa vigente.

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

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

# Assinatura

# Nome/CPF