|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 orientador/CPF**, declaro que zelarei para que meu/minha orientando/orientando **nome do aluno/CPF** cumpra com o estabelecido na Portaria 76/2010-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