|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 não possuir vínculo empregatício enquadrando-me no Regulamento do Programa de Demanda Social – DS da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior regido pela Portaria nº 076/2010-CAPES e nas Normas para Concessão e Renovação de Bolsas do Programa de Pós-Graduação em Biociências e Fisiopatologia.

Declaro ainda que dedicarei integralmente ao PBF pelo menos 8 horas/dia (40 horas semanais) às atividades que serão definidas pelo orientador.

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

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

# Assinatura

# Nome/CPF