**DECLARAÇÃO**

Declaro para fins de recebimento de Bolsa Capes que eu, insira seu nome completo, RA nº insira seu número de RA, aluno(a) regularmente matriculado(a) no Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia, nível , disponho de dedicação integral ao desenvolvimento de meu projeto de pesquisa e não possuo vínculo empregatício, bolsa ou outro tipo de renda.

Declaro ainda que, caso venha a receber qualquer tipo de remuneração, avisarei imediatamente a secretaria do Programa e estou ciente de que o não cumprimento deste termo implica o cancelamento da bolsa concedida e a devolução das mensalidades recebidas indevidamente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aluno(a)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prof(a). Dr(a). Insira o nome do orientador

Orientador(a)

Campinas, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020