



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
TOCOGINECOLOGIA



DECLARAÇÃO

Declaro para fins de recebimento de Bolsa Capes que eu, _____, RA nº _____, 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 ao Programa. Estou ciente de que a atribuição das bolsas poderá ser revista a cada 6 meses, conforme INSTRUÇÃO NORMATIVA PPG TOCOGINECOLOGIA/UNICAMP nº01/2024 e que o não cumprimento deste termo implicará o cancelamento da bolsa concedida e a obrigatória devolução das mensalidades recebidas indevidamente.

Aluno(a)

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

Campinas, ____ de _____ de ____