



Declaração de Interesse à Bolsa

Eu _____, abaixo assinado,
CPF _____, venho comunicar a secretaria do
Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêuticas que por meio
deste termo:

- () Não Possuo Vínculo Empregatício e Tenho interesse em receber Bolsa
- () Possuo Vínculo Empregatício e Tenho interesse em receber Bolsa.
- () Possuo Vínculo Empregatício e NÃO tenho interesse em receber Bolsa.
- () NÃO possuo Vínculo Empregatício e NÃO tenho interesse em receber Bolsa.
- () NÃO possuo Vínculo Empregatício e já possuo bolsa.

Declaro ainda, que em caso de desistência, estou ciente que serei reclassificado (a) na última posição na classificação geral para concessão de bolsas e auxílio do programa.

Data: ___ / ___ / ___ Assinatura do aluno: _____

De conhecimento do orientador

Data: ___ / ___ / ___ Assinatura do orientador: _____