MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas - Unifal-MG
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG CEP 37130-000
Fone: (35) 3299-1392.

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: _____