

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE CONCESSÃO INICIAL OU RENOVAÇÃO DE BOLSA

Nome do estudante:

Nome do orientador:

Tipo de solicitação () Concessão Inicial () Renovação

Semestre e Ano de Ingresso no PPgCAS:

O estudante está em regime de dedicação exclusiva no Programa? (caso a resposta seja afirmativa, preencher, assinar e anexar a “declaração de dedicação exclusiva”) () Sim () Não

O estudante possui qualquer relação de trabalho/vínculo com a UFJF? () Sim () Não
Caso sim, qual?

O estudante possui vínculo com qualquer programa de Residência? () Sim () Não
Caso sim, qual?

O estudante é servidor público? () Sim () Não
Caso sim, qual?

O estudante recebe complementação financeira proveniente de outras fontes? () Sim () Não
Caso sim, qual?

O estudante possui algum outro tipo de bolsa proveniente de agências públicas de fomento? () Sim () Não
Caso sim, qual?

O estudante exerce atividade remunerada, relacionada a docência como professor nos ensinos de qualquer grau? () Sim () Não
Caso sim, qual?

À Comissão de Bolsas do PPG em Ciências Aplicadas à Saúde,

Concordamos com todas as respostas apresentadas nesse formulário.

Assinatura do estudante

Assinatura do orientador

DECLARAÇÃO DOCENTE

À Comissão de Bolsas do Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde.

Eu, _____ Professor(a) _____ Orientador(a) _____, concordo e estou ciente de que, caso selecionado(a), o(a) estudante(a) _____, matriculado(a) no Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde, nível Mestrado, contempla as normas que regem o **EDITAL 03/2021 PARA CONCESSÃO DE BOLSAS DE MESTRADO**

Em _____ de _____ de _____

Professor Orientador

DECLARAÇÃO DISCENTE

À Comissão de Bolsa do Programa de Pós-graduação em Ciências Aplicadas à Saúde,

Eu, _____,
matriculado(a) no Programa de Pós-graduação em Ciências Aplicadas à Saúde (PPgCAS), nível Mestrado, concordo e estou ciente de que, caso selecionado(a), contemplarei as normas que regem o **EDITAL 03/2021 PARA CONCESSÃO DE BOLSAS DE MESTRADO**

Em ____ de _____ de _____

Nome e assinatura do Discente

DECLARAÇÃO DE DEDICAÇÃO EXCLUSIVA

À Comissão de Bolsa do Programa de Pós-graduação em Ciências Aplicadas à Saúde,

Eu _____,
RG n° _____ e CPF n° _____
matriculado(a) no Programa de Pós-graduação em Ciências Aplicadas à Saúde
(PPgCAS), nível Mestrado, declaro que me dedicarei exclusivamente às atividades do
Programa durante a vigência da bolsa de estudos, não exercendo neste período nenhum
tipo de atividade remunerada, seja como autônomo, sócio ou por meio de vínculo formal
público ou privado. Declaro ainda que qualquer alteração deste status será comunicada
imediatamente à Coordenação do PPgCAS para providências necessárias.

Em ____ de _____ de _____

Nome e assinatura do Discente