

## 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 02/2022 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 02/2022 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