



Anexo IV – Educa Saúde FME 2024

Declaração de não recebimento de bolsa ou auxílio financeiro de instituições públicas ou privadas relacionadas à pesquisa ou estudo.

EU, _____, portador do CPF _____
RG _____ residente na rua _____ nº _____,
bairro _____ Cidade/Estado _____, declaro, para os fins previstos
no Edital Nº 01/2024 – Edital de seleção para recebimento de bolsa de estudos para curso
de pós-graduação latu senso nas formas de especialização, que não recebo bolsa ou
auxílio financeiro e nenhum outro tipo de ajuda de instituição pública ou privada
relacionados à pesquisa ou estudo. Autorizo a Comissão responsável pelo Edital Nº
01/2024 a confirmar e verificar as informações acima prestadas junto a quaisquer
instituições.

Declaro ainda, sob as penas da lei, que a afirmação acima é verdadeira e que estou ciente
de que a omissão ou a inveracidade de informações implicarão na suspensão do direito à
bolsa e adoção das medidas judiciais cabíveis.

_____, _____ de _____ de _____.

Nome e assinatura