|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**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