

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDONÓPOLIS

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOCIÊNCIAS E SAÚDE

**ANEXO II**

**DECLARAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) regularmente matriculado(a) no curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Biociência e Saúde, sob o número de matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que

**( ) tenho vínculo empregatício ou exerço atividade remunerada**

**( ) não tenho vínculo empregatício ou exerço atividade remunerada**

Rondonópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[NOME COMPLETO DO(A) ALUNO(A)]

 Mestrando(a)