



### ANEXO III

#### 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**

DECLARO estar ciente, também, da necessidade da devolução do Auxílio recebido, se  
for constatada, a qualquer tempo, a inveracidade das informações prestadas no ato de  
pleitear a bolsa.

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

\_\_\_\_\_  
[NOME COMPLETO DO(A) ALUNO(A)]  
Mestrando(a)