

ANEXO IV**DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE BOLSA COM ATIVIDADE REMUNERADA**

Nome: Ano/mês do ingresso: /
Orientador (a):

E-mail:	Telefone:
Endereço completo:	
CPF:	Matrícula:

Descrição da condição de acúmulo de bolsas com atividade remunerada ou outros rendimentos:

- 1) declarar qual atividade remunerada exerce ou se possui outros rendimentos (a atividade remunerada pode ser bolsa de modalidade diferente daquela a que o aluno se candidata);**
- 2) se possui atividade remunerada (seja ela bolsa ou outro tipo de remuneração) descrever brevemente a atividade;**
- 3) instituição onde desempenha atividade remunerada;**
- 4) carga horária da atividade remunerada;**
- 5) inserir documentação comprobatória.**

Bolsa: () CAPES () CNPq () FAPDF () Outra:	
Ano/mês do início da bolsa: /	Previsão da defesa:
Ano/mês do Exame do Projeto (qualificação):	

Proposta de cronograma de atividades desenvolvidas no PPGCTS / plano de trabalho (24 meses mestrado e 48 meses doutorado):

Declaro estar ciente do inteiro teor da RESOLUÇÃO DO COLEGIADO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM SAÚDE Nº 007/2023, incluindo os artigos 4º e 6º, e que seu descumprimento pode incorrer em exclusão do CPF da folha de pagamento da bolsa.

Declaro que a atividade remunerada exercida possui aderência ao projeto de pesquisa desenvolvido no âmbito do PPGCTS.

Data:

Nome e Assinatura do Bolsista:

Nome e Assinatura do Orientador:

Referência: Processo nº
23106.074096/2025-26

SEI nº 12992543