

ANEXO II**DECLARAÇÃO DE DEDICAÇÃO INTEGRAL AO PROGRAMA SEM ACÚMULO DE BOLSA COM ATIVIDADE REMUNERADA**

Eu, _____, CPF número _____, aluno regularmente matriculado no Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília, declaro, para os devidos fins, que:

● Não sou beneficiário de nenhuma outra bolsa de estudo ou auxílio financeiro concedido por agência de fomento pública (como CAPES, CNPq, FAPs) ou instituição privada;

● Não possuo vínculo empregatício com instituições públicas ou privadas;

● Comprometo-me a comunicar imediatamente ao programa qualquer alteração nessa condição;

● Estou ciente de que o acúmulo indevido de bolsas é vedado pelas normas da CAPES e do CNPq.

Nome do(a) aluno(a) - COM ASSINATURA: _____

Orientador(a) - COM ASSINATURA: _____

Local e data: _____



Documento assinado eletronicamente por **Mani Indiana Funez, Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências e Tecnologias em Saúde**, em 14/08/2026, às 11:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento na Instrução da Reitoria 0003/2016 da Universidade de Brasília.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.unb.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **14617158** e o código CRC **D1C533AF**.