**DECLARAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, discente do curso de Mestrado, matriculado (a) em **mês / ano**, declaro:

* Não possuir vínculo empregatício;
* Possuir vínculo empregatício, cumprindo a carga horária de \_\_\_\_ horas semanais;

E comprometo-me a informar à Comissão do Programa, qualquer mudança desse status, sob pena de infringir normas estabelecidas pelo Processo de Atribuição de Bolsas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

* Declaro que minha disponibilidade de horas dedicadas ao Programa de PGSC é de \_\_\_\_\_\_\_ horas/semana.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura**