



Campinas, <DATA>

DECLARAÇÃO

Eu, _____ declaro não possuir vínculo empregatício a partir de março/2020. Comprometo-me a informar à Comissão do Programa, qualquer mudança deste 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 PGSC é de _____ horas/semana.

Assinatura