

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE ACÚMULO DE BOLSA

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 bolsa, 2) atividade, 3) instituição, 4) carga horária e 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):	
Realizou o Estágio em Docência? () Sim () Não	

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

Data:

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.

Assinatura do Bolsista:**Assinatura do Orientador:**

Documento assinado eletronicamente por **Mani Indiana Funez, Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ceilândia**, em 04/03/2024, às 13:23, 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 **10992614** e o código CRC **FD5615CD**.