



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INOVAÇÃO FARMACÊUTICA  
DOUTORADO



**ANEXO III - EDITAL N° 02/2017-PPGIF/UNIFAP**

**DECLARAÇÃO DE NÃO POSSUIR VÍNCULO EMPREGATÍCIO OU OUTRA MODALIDADE DE BOLSA**

Eu, \_\_\_\_\_  
(nacionalidade) \_\_\_\_\_, (profissão) \_\_\_\_\_, (endereço) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_, aluno(a) devidamente matriculado(a) no Programa de Pós-Graduação em Inovação Farmacêutica - PPGIF, sob o número \_\_\_\_\_, em nível de doutorado, da Universidade Federal do Amapá - UNIFAP, declaro, para os devidos fins, não possuir qualquer vínculo empregatício ou usufruir de qualquer outra modalidade de bolsa durante o período de vigência da bolsa pleiteada a partir do Edital N° 02/2017-PPGIF/UNIFAP. Declaro ainda que estou ciente de que o não cumprimento deste termo implica no cancelamento da bolsa concedida.

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) bolsista

\_\_\_\_\_  
Nome completo do(a) bolsista

<p><i>Coordenador do Programa de Pós-Graduação</i></p> <p>_____</p> <p><i>Assinatura</i></p>	<p><i>Representante da Comissão de Bolsas Capes</i></p> <p>_____</p> <p><i>Assinatura</i></p>
--	---