

DECLARAÇÃO

Eu, _____, inscrito sob CPF nº _____, declaro para os devidos fins, que estou de acordo com as normas vigentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) e das agências de fomento, incluindo CAPES, FAPEMIG e/ou UFOP. Assim, afirmo que não possuo vínculo empregatício e, se receber bolsa, terei dedicação exclusiva ao Programa.

Ouro Preto, _____.

Assinatura.