



UFOP
Universidade Federal
de Ouro Preto

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
ESCOLA DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E NUTRIÇÃO



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 se receber bolsa terei dedicação exclusiva ao Programa.**

Ouro Preto, _____.