**DECLARAÇÃO DE NÃO VÍNCULO EMPREGATÍCIO**

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ docente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde declaro que o discente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matrícula\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nível\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ não possui vínculo empregatício, razão pela qual está apto a pleitear a Bolsa de Demanda Social da CAPES.

Ademais, se contemplado com o benefício, comprometemo-nos a comunicar à CAPES e a esse Programa caso o discente passe a possuir vínculo empregatício durante a vigência do período de disponibilização da bolsa para que seja cancelada.

Goiânia,\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Orientador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/FM/UFG

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Discente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/FM/UFG