Texto

Descrição gerada automaticamente com confiança média

**DECLARAÇÃO DO BOLSISTA**

*[preencher, imprimir e assinar]*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROGRAMA** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **EDITAL – PROGRAMA**: | | | | | **Programa de Iniciação Científica do Hospital das Clínicas da UFMG/Ebserh** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO DO BOLSISTA** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOME:  (completo, sem abreviações) | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| CPF:  (sem pontos ou traços) |  | | | | | | | RG:  (sem pontos ou traços) | |  | | | MATRÍCULA**:**  (sem pontos ou traços) | |  | |
| CÓD. CURSO: |  | | | NOME DO CURSO:  (idêntico ao do histórico acadêmico) | | | | | | |  | | | | | |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL (COMPLETO):  (Rua, Av. Praça, bairro.) | | | |  | | | | | | | | | | | Nº |  |
| COMPLEMENTO:  (Edf, Cond., etc.) | |  | | | | | | | | | | | CEP: | | |  |
| TELEFONE RESIDENCIAL:  (DDD NNNNNNNN) | | | |  | | | | | | CELULAR:  (DDD NNNNNNNN) | | |  | | | |
| EMAIL: | | | |  | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DADOS BANCÁRIOS (BANCO DO BRASIL)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOME DO BANCO:  **DO BRASIL** | **COD.BANCO:** | | | | | AGÊNCIA:  (sem pontos ou traços) | | |  | | | C.C.**:**  (sem pontos ou traços) | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO DO ORIENTADOR** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOME:  (completo, sem abreviações) | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| UNIDADE DE LOTAÇÃO:  (Escola, Faculdade, Instituto) | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO: | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Matrícula SIAPE: | | | | | | |  | | | | | | | | | |

O (A) aluno (a) acima identificado e abaixo assinado declara, por meio deste documento, que durante o período em que estiver contemplado com bolsa de Iniciação Científica não acumulará outras bolsas de quaisquer agências nacionais, estrangeiras ou internacionais de fomento ao ensino e à pesquisa ou congêneres, e nem terá vínculo empregatício, de quaisquer naturezas.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_

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

Assinatura do(a) Aluno(a) Assinatura do Orientador(a)

*(assinatura do Orientador e Estudante, original em tinta ou certificação eletrônica)*