

**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)*