**DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES**

Eu, , inscrito(a) no CPF nº , aluno do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (PPGCM/FM/UnB), e na condição de candidato(a) à bolsa aprovado(a) em processo seletivo para tal fim, DECLARO que, neste momento:

( ) a- Não possuo vínculo empregatício ou qualquer atividade remunerada, continuada ou esporádica, e que não sou beneficiário(a) de bolsas remuneradas externas ao PPGCM/FM/UnB de qualquer natureza.

( ) b- Possuo vínculo empregatício ou outra atividade remunerada, continuada ou esporádica (no caso tenha assinalado essa opção, entregar a declaração de vínculo empregatício ou outros rendimentos – anexo 1).

No caso de ter assinalado a opção (a) acima e vir a ser contemplado(a) com qualquer modalidade de bolsa de estudos externas ao PPGCM-FM-UnB ou iniciar qualquer atividade remunerada, comunicarei imediatamente à Coordenação do PPGCM/FM/UnB.

Declaro para todos os fins, que as informações acima são verdadeiras e estou ciente das sanções por quaisquer informações inverídicas.

Nada mais a declarar e ciente das responsabilidades pelas declarações prestadas, firmo a presente.

Brasília, de de 2025.

Assinatura do(a) aluno(a)

Assinatura do(a) orientador(a)

Anexo 1

DECLARAÇÃO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO OU OUTROS RENDIMENTOS

Declaro, para os devidos fins, que eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno (a) devidamente matriculado (a) da Universidade de Brasília no Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas sob o número de matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, em nível de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, possuo vínculo empregatício ou outros rendimentos, conforme declarado abaixo:

1. **Atividades Remuneradas:**

|  |
| --- |
| **Tipo de Vínculo 1** |
| **☐** CLT | **☐** Pessoa Jurídica | **☐** Regime Jurídico Único | **☐** Temporário Lei 6.019/74 | **☐** Contrato por prazo determinado Lei 9.601/98 |
| Início da Atividade: |  | Fim da Atividade: |  |
| Descrição da Atividade: |  |

|  |
| --- |
| **Tipo de Vínculo 2** |
| **☐** CLT | **☐** Pessoa Jurídica | **☐** Regime Jurídico Único | **☐** Temporário Lei 6.019/74 | **☐** Contrato por prazo determinado Lei 9.601/98 |
| Início da Atividade: |  | Fim da Atividade: |  |
| Descrição da Atividade: |  |

|  |
| --- |
| **Tipo de Vínculo 3** |
| **☐** CLT | **☐** Pessoa Jurídica | **☐** Regime Jurídico Único | **☐** Temporário Lei 6.019/74 | **☐** Contrato por prazo determinado Lei 9.601/98 |
| Início da Atividade: |  | Fim da Atividade: |  |
| Descrição da Atividade: |  |

1. **Outros Rendimentos**:

|  |
| --- |
| **Informar os outros rendimentos que possui:** |
| 1- |
| Início da Atividade: |  | Fim da Atividade: |  |
| 2- |
| Início da Atividade: |  | Fim da Atividade: |  |
| 3- |
| Início da Atividade: |  | Fim da Atividade: |  |

1. **Bolsas Declaratórias**

3.1. Acumulará essa bolsa Capes com outra bolsa, nacional ou internacional, de mesmo nível, financiada com recursos públicos federais?

**☐ Sim ☐ Não**

3.2. Acumulará essa bolsa Capes com outra bolsa, nacional ou internacional, cuja legislação vigente vede expressamente o acúmulo?

**☐ Sim ☐ Não**

3.3. Acumulará essa bolsa Capes com outra bolsa, nacional ou internacional, de mesmo nível, financiada com recursos não federais?

**☐ Sim ☐ Não**

3.4. Acumulará essa bolsa Capes com outra bolsa, nacional ou internacional, que não seja de mesmo nível?

**☐ Sim ☐ Não**

*Local e data:*

*Assinatura do(a)* alun*o(a):*

*Assinatura do(a)* orientador*(a):*