



EDITAL Nº 01/2026-PPGIF/UNIFAP

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE NÃO POSSUIR VÍNCULO EMPREGATÍCIO OU OUTRA MODALIDADE DE BOLSA

Eu, _____
(nacionalidade) _____, (profissão) _____, (endereço) _____

CPF _____, aluno (a) devidamente matriculado (a) no Programa de Pós-Graduação em Inovação Farmacêutica - PPGIF, sob o número _____, em nível de doutorado, da Universidade Federal do Amapá - UNIFAP, declaro, para os devidos fins, não possuir qualquer vínculo empregatício ou usufruir de qualquer outra modalidade de bolsa durante o período de vigência da bolsa pleiteada a partir do Edital Nº 02/2024-PPGIF/UNIFAP. Declaro ainda que estou ciente de que o não cumprimento deste termo implica no cancelamento da bolsa concedida.

Local e data: _____

Assinatura do(a) bolsista

Nome completo do(a) bolsista

<i>Coordenador do Programa de Pós-Graduação</i>	<i>Representante da Comissão de Bolsas Capes</i>
<i>Assinatura</i>	<i>Assinatura</i>