**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**





# DECLARAÇÃO NEGATIVA DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno (a) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro estar apto(a) a participar do **Programa de Bolsas do Mestrado Acadêmico em Enfermagem**, tendo em vista que não possuo nenhum vínculo empregatício nem outras atividades ou trabalhos remunerados.

Declaro ainda, que uma vez comprovada a acumulação desta, com bolsas de outras agências de fomento, comprometo-me a devolver, em valores atualizados, as mensalidades recebidas indevidamente. Assim como, se durante a vigência da bolsa adquirir vínculo empregatício, solicitarei cancelamento imediato da bolsa.

São Luís (Ma), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

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

Aluno (a)