AUTODECLARAÇÃO DE BAIXA RENDA

Eu, _____, portador(a) do CPF _____ e do Documento de Identificação _____, aluno(a) regularmente matriculado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, sob o número _____ no Curso de _____ declaro, para os devidos fins, que não recebo bolsa ou qualquer tipo de financiamento de órgãos ou instituições de fomento à pesquisa.

Certifico ainda que as informações contidas neste documento são verdadeiras e estou ciente de que qualquer declaração falsa implica a eliminação do processo de seleção, bem como as penalidades previstas em lei, conforme previsto pelo art. 299 do Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei nº 2.848/1940).

_____, _____ de _____ de _____

_____

Assinatura do(a) candidato(a)