

TERMO DE DECLARAÇÃO DE ATIVIDADE REMUNERADA

Declaro que eu **NOME**, CPF nº **XXX.XXX.XXX-XX**, aluno (a) devidamente matriculado (a) no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde sob o número (**MATRÍCULA**), em nível de **MESTRADO OU DOUTORADO**, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, recebo bolsa do Programa de Excelência da Capes (PROEX) e estou ciente das regras do Programa em acordo com a **Portaria nº 133, de 10 de Julho de 2023 da Capes** e a **Instrução Normativa 06/2023-PPG de 21 de agosto de 2023**, que estabelecem que cada Programa decide autorizar ou não o acúmulo de bolsas com atividade remunerada.

Declaro ainda que:

- ☐ Não possuo vínculo empregatício ou qualquer tipo de atividade remunerada.
- ☐ Possuo vínculo empregatício ou atividade remunerada cujo valor é **MENOR** que o da bolsa.
- ☐ Possuo vínculo empregatício ou atividade remunerada cujo valor é **MAIOR** que o da bolsa.

Declaro que as informações estão de acordo com os dados informados à Receita Federal e autorizo previamente que, se necessário, o PPGCSA possa consultar junto a este órgão, a veracidade de minhas informações.

As novas regras estabelecidas valem para todos os bolsistas que ingressarem no PPGCSa à partir de 12 de setembro de 2024. Ressaltamos que, a partir desta data, discentes bolsistas que não exerçam atividade remunerada, não poderão passar a exercer e manter a bolsa.

Assinatura do(a) bolsista: _____

Local e data:

Assinatura da Comissão responsável pela Bolsa CAPES: _____

Link Portaria nº 133, de 10 de Julho de 2023 da Capes – <https://cad.capes.gov.br/ato-administrativo-detallar?idAtoAdmElastic=12302>

Link Instrução Normativa 06/2023-PPG de 21 de agosto de 2023 - <https://drive.google.com/file/d/1rptILRqYCfjS6eojk9Y2uglwjIGNtGS/view?usp=sharing>