

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que eu, _____, nacionalidade _____ aluno(a) devidamente matriculado(a) no Pós-Graduação em Medicina-Clínica Médica sob o número _____, no curso: (Mestrado, Doutorado/Doutorado Direto) _____ da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, não exerço e nem exercerei atividades remuneradas como plantões médicos e outras **complementações financeiras durante a vigência da bolsa.**

Estou ciente de que o não cumprimento desta exigência ocasionará punição tanto das agências de fomento como do Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica.

Local de data: _____

Assinatura do(a) bolsista: _____

Ciente e de acordo:

Orientador _____