

Declaração de Não-Acúmulo de Bolsas

Em ____ de ____ de ____.

Eu, _____,
CPF: _____, bolsista da modalidade _____,
_____, declaro que não possuo outros pagamentos de bolsas em
desacordo com a Lei 11.273, de 06 de fevereiro de 2006, portarias conjuntas Capes/CNPQ n°
01/2013 e n° 2/2014° que preceitua o Edital de Seleção de Tutores On-line do Programa Médicos
pelo Brasil, demais legislações correlatas e suas eventuais atualizações.

Nome completo do bolsista

Observação: a assinatura do bolsista deverá ser via assinatura eletronicamente confiável (ICP-BRASIL, Gov.BR, TOKEN A3, etc.).