**ANEXO III**

**Declaração de Ausência de Vínculo Empregatício para Recebimento de Bolsa de Pós-Graduação**

Eu, **[Seu Nome**], **[nacionalidade]**, **[estado civil]**, portador(a) do RG nº **[Número do RG]** e do CPF nº **[Número do CPF]**, residente à **[Seu Endereço]**, declaro para os devidos fins que, como discente contemplado(a) com bolsa de estudo para o curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde na Universidade Federal de Uberlândia, não mantenho, atualmente, qualquer vínculo empregatício que possa impactar na elegibilidade ou concessão da referida bolsa.

Comprometo-me a comunicar imediatamente qualquer alteração no meu status de empregabilidade durante o período de vigência da bolsa de estudo mencionada, bem como a fornecer à instituição de ensino as informações necessárias para a devida atualização de registros.

Esta declaração é prestada de boa-fé, assumindo a responsabilidade por sua veracidade e autenticidade.

Uberlândia \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/2024

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

Assinatura do(a) Candidato(a)