



Coordenação de Pesquisa
Programa de Bolsas de Formação em Pesquisa Oncológica
Programa de Pós-graduação Stricto sensu em Oncologia

DECLARAÇÃO DE ACUMULO OU AUSÊNCIA DE FONTE DE RENDIMENTO OU EMPREGO

Eu, _____,
portador(a) da Carteira de Identidade – RG nº _____ e do
CPF nº _____, vinculado ao Programa de
_____ na categoria _____,

DECLARO para os devidos fins, sob pena de cancelamento da bolsa concedida e demais sanções administrativas e legais, que:

Não possuo nenhum vínculo empregatício com instituição pública ou privada, bem como não possuo outra fonte de rendimento.

Possuo outro emprego ou fonte de rendimento, de até 20 horas semanais, estando de acordo com as normas institucionais referentes ao Programa e categoria que pertença no INCA, **conforme abaixo especificado.**

Instituição: _____

Cargo: _____ **Carga horária:** _____

É necessário anexar o comprovante do vínculo declarado.

Local e data: _____, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do bolsista

Assinatura do orientador

www.gov.br/inca