



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Vice-Presidência de

Pesquisa & Laboratórios de Referência

DECLARAÇÃO PARA RECEBIMENTO DE BOLSA

Declaro para fins de recebimento de Bolsa de Pesquisador Visitante - Convênio FIOCRUZ, que não possuo vínculo empregatício com instituição pública ou privada e também não possuo outra fonte de rendimentos. Estou ciente de que, no período de manutenção de bolsa, não poderei adquirir nenhum tipo de vínculo.

Rio de Janeiro, 23 de janeiro de 2012

Nome completo: _____

Carteira de Identidade: _____

CPF: _____

Assinatura