**FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO AMAZONAS (HEMOAM)**

**DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA (DEP)**

**GERÊNCIA DE PESQUISA (GP)**

**PROGRAMA DE APOIO À INICIAÇÃO CIENTIFICA (PAIC)**

**DECLARAÇÃO PARA RECEBIMENTO DA BOLSA PAIC-HEMOAM**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RG Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a ser orientado pelo (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins de comprovação ao Programa de Apoio à Iniciação Científica da Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas (PAIC-HEMOAM), não possuir curso de graduação realizado em instituições de ensino pública ou privada, não ter vínculo empregatício ou funcional, nem perceber salário ou remuneração decorrente do exercício de atividade, não estar realizando estágio remunerado, de qualquer natureza, não acumular a percepção da bolsa com qualquer modalidade de auxílio ou bolsa de outro programa FAPEAM, não ser aposentado ou pensionista do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) ou outra agência pública ou privada e não participar de sociedade simples, limitada ou anônima, aplicando-me integralmente às atividades acadêmicas e de pesquisa.

Manaus, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

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

(Assinatura do Candidato à bolsa)