**DECLARAÇÃO DE ACÚMULOS**

Declaro, para os devidos fins, que eu, **NOME COMPLETO**, CPF **CPF**, aluno(a) devidamente matriculado(a) no Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual de Campinas sob o número de matrícula **RA**, em nível de **Mestrado/Doutorado**, em atenção à Portaria nº 133, de 10 de julho de 2023, possuo vínculo empregatício ou outros rendimentos, conforme declarado abaixo:

[ ] Cadastramento de bolsa[ ] Atualização de bolsa Processo SCBA nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Atividades Remuneradas:**

|  |
| --- |
| **Tipo de Vínculo 1** |
| [ ] CLT | [ ] Pessoa Jurídica | [ ] Regime Jurídico Único | [ ] Temporário Lei 6.019/74 | [ ] Contrato por prazo determinado Lei 9.601/98 |
| Início da Atividade: |  | Fim da Atividade: |  |
| Seção CNAE\*: |  | Divisão CNAE\*: |  |

|  |
| --- |
| **Tipo de Vínculo 2** |
| [ ] CLT | [ ] Pessoa Jurídica | [ ] Regime Jurídico Único | [ ] Temporário Lei 6.019/74 | [ ] Contrato por prazo determinado Lei 9.601/98 |
| Início da Atividade: |  | Fim da Atividade: |  |
| Seção CNAE\*: |  | Divisão CNAE\*: |  |

|  |
| --- |
| **Tipo de Vínculo 3** |
| [ ] CLT | [ ] Pessoa Jurídica | [ ] Regime Jurídico Único | [ ] Temporário Lei 6.019/74 | [ ] Contrato por prazo determinado Lei 9.601/98 |
| Início da Atividade: |  | Fim da Atividade: |  |
| Seção CNAE\*: |  | Divisão CNAE\*: |  |

\* Utilizar nº CNAE anexo

1. **Outros Rendimentos**

|  |
| --- |
| **Informar os outros rendimentos que possui:** |
| 1- |
| Início da Atividade: |  | Fim da Atividade: |  |
| 2- |
| Início da Atividade: |  | Fim da Atividade: |  |
| 3- |
| Início da Atividade: |  | Fim da Atividade: |  |

1. **Bolsas Declaratórias**
* Acumulará essa bolsa Capes com outra bolsa, nacional ou internacional, de mesmo nível, financiada com recursos públicos federais?

[ ]  **Sim** [ ]  **Não**

* Acumulará essa bolsa Capes com outra bolsa, nacional ou internacional, cuja legislação vigente vede expressamente o acúmulo?

[ ]  **Sim** [ ]  **Não**

* Acumulará essa bolsa Capes com outra bolsa, nacional ou internacional, de mesmo nível, financiada com recursos não federais?

[ ]  **Sim** [ ]  **Não**

* Acumulará essa bolsa Capes com outra bolsa, nacional ou internacional, que não seja de mesmo nível?

[ ]  **Sim** [ ]  **Não**

*Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Assinatura do(a) beneficiário(a):*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  **Os acúmulos registrados acima estão de acordo com os critérios de acúmulo previstos no regulamento da Instituição de ensino e pesquisa ou PP*G****.*

|  |
| --- |
| ***Profª Drª Alexandra Christine Helena Frankland Sawaya****Coordenadora do Programa de Pós-Graduação**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Carimbo e assinatura* |

