**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 bolsaAtualização 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* |

