



Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas – PPGCF
e-mail: ppgcf@ufsm.br - Fone (55) 3220-8095

Anexo II

Modelo de Declaração de Recebimento de Rendimentos Financeiros

Eu, _____, matrícula nº _____, CPF _____
e orientado(a) pelo Prof(a) Dr(a) _____, declaro para os
devidos fins que, se for contemplado com a bolsa, deixarei de exercer atividade
remunerada ou de receber outros rendimentos financeiros. Comprometo-me com o
PPGCF-UFSM a atualizar imediatamente essa informação caso ocorra alguma alteração. Por
fim, declaro estar ciente das implicações legais do não cumprimento desta norma.

Santa Maria, ___/___/_____

Discente (nome)