

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**

**PRÓ-REITORIA DE ENSINO E PÓS-GRADUAÇÃO**

**COORDENADORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

*Campus Universitário Petrônio Portela - Bairro Ininga – BL 06*

*Fone: (86) 3215-5562/3237-1883 -* [*coor.pos@ufpi.edu.br*](mailto:coor.pos@ufpi.edu.br)

*CEP 64.049-550 Teresina/PI*

**DECLARAÇÃO DE CONDIÇÕES FINANCEIRAS**

Eu, , Portador(a) do **RG**.

**CPF**  , DECLARO que possuo condições financeiras de manter-me com recursos próprios durante o período de duração do programa de Residência em Área Profissional de Saúde: Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais, estando ciente de que o Programa requer DEDICAÇÃO EXCLUSIVA.

Teresina, de de 2014;

ASSONATURA DO CANDIDATO