



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**  
Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, Bairro Ininga, Teresina, Piauí, CEP: 64049-550  
Fone: 86.32151160 - E-mail: ppgcf@ufpi.edu.br



**EDITAL 003/2016-PPGCF/UFPI**

**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE DEDICAÇÃO AO PPGCF**

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_,  
declaro, para os devidos fins, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas  
(PPGCF) da Universidade Federal do Piauí que:

	A) não possuo vínculo empregatício e que pretendo receber bolsa de estudo, caso o PPGCF disponibilize, como uma forma de me dedicar exclusivamente ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Piauí.
	B) possuo vínculo empregatício e que irei dedicar pelo menos 20h/semana ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Piauí.

Para que sejam produzidos todos os efeitos legais, técnicos e administrativos dessa declaração, firmo o presente instrumento e assumo as consequências legais de tal afirmação (Declaração feita em observância aos artigos 297-299 do Código Penal Brasileiro).

Teresina, Piauí, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato