

**DECLARAÇÃO DECLÍNIO DE BOLSAS DE ESTUDO**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, aluno (a) de \_\_\_\_\_, matriculado regularmente no Programa de Pós-Graduação em Ciências de Alimentos da UFMG (PPGCA – UFMG), venho por meio deste, declinar o direito a bolsa de estudos que me foi concedida após a aprovação no processo seletivo \_\_\_\_\_ com classificação em \_\_\_\_\_ lugar.

Declaro que estou ciente do Regulamento do PPGCA e das Resoluções vigentes referentes a solicitação de bolsas para alunos de \_\_\_\_\_ regularmente matriculados no PPGCA.

Não desejo receber bolsa pois:

- ( ) Possuo vínculo empregatício celetista ou estatutário.
- ( ) Possuo bolsa financiada por recursos públicos.
- ( ) Sou trabalhador (a) autônomo exercido pelo Microempreendedor Individual.
- ( ) Sou sócio (a) de empresa.
- ( ) Outros (descreva a situação).

Data de ingresso no programa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data de declínio da bolsa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do Professor Orientador: \_\_\_\_\_

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

|   |   |
|---|---|
| <i>Professor Orientador (a)</i><br><br>_____<br><i>Assinatura</i> | <i>Bolsista</i><br><br>_____<br><i>Assinatura</i> |
|---|---|