**ANEXO 5**

**DECLARAÇÃO DE NÃO ACÚMULO DE BOLSAS E DE NÃO**

**VÍNCULO EMPREGATÍCIO**

Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente no endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno (a) devidamente matriculado (a) sob o número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , no curso de medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior – Imes/Univaço, declaro estar ciente de que a bolsa tem caráter temporário e não pode ser acumulada com estágio remunerado, bolsa de outros programas ou vínculo empregatício. Comprometo-me a informar imediatamente meu orientador e à Coordenação de Pesquisa do Imes sobre qualquer alteração nas informações acima (de vínculo empregatício ou obtenção de bolsa fornecida por agência de fomento, ou estágio ou atividade remunerada), bem como de trancamento da matricula, de forma que a bolsa possa ser disponibilizada para outro estudante.

Ipatinga, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

---------------------------------------------------------

Assinatura do Discente