



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
Autarquia Estadual – Lei nº 8899 de 27/09/1994
(Reconhecida pelo Decreto Federal nº 74.179 de 14/06/1974)

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE BOLSA/DEMANDA SOCIAL

Eu, _____, CPF. _____,

inscrito no Processo Seletivo/2026 do **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**, venho por meio deste, inscrever-me para participar do Processo de Concessão de Bolsas.

Declaro para os devidos fins de direito, sob as penas da lei, que as informações prestadas e que os documentos anexados são verdadeiros e autênticos.

OBS: Anexar documentos exigidos na DELIBERAÇÃO DA CÂMARA DE PÓS-GRADUAÇÃO Nº 02 DE 18 DE AGOSTO DE 2023 que Regulamenta as normas gerais de concessão de bolsa de mestrado com atividades remuneradas ou não.

Local / Data

Assinatura do candidato