**ANEXO I**

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO PARA CONCESSÃO DE BOLSA DE ESTUDO** - **PPGSBPAS**

(para uso do candidato na inscrição do processo de seleção)

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aprovado(a) no Processo Seletivo do ano/semestre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e devidamente matriculado(a) no curso de ( ) Mestrado ( ) Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Bem-estar e Produção Animal Sustentável na Fronteira Sul (PPGSBPAS), na Linha de Pesquisa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ requeiro minha inscrição à seleção de bolsa de estudo – PPGSBPAS.

Declaro que me encontro na seguinte condição:

( ) não possuo vínculo empregatício formal ou outros rendimentos do trabalho, com possibilidade de dedicação exclusiva ao Programa.

( ) possuo vínculo empregatício formal, porém tenho liberação das atividades profissionais, sem recebimento de vencimentos e não recebo bolsa de outras instituições de fomento;

( ) sou professor(a) ou outro profissional da educação básica que atua na rede pública municipal, estadual ou federal de ensino e/ou profissional que atua em serviços públicos municipais, estaduais ou federais;

( ) possuo vínculo empregatício formal com liberação das atividades profissionais e com recebimento de vencimentos e não recebo bolsa de outras instituições de fomento;

( ) possuo vínculo empregatício formal ou outros rendimentos do trabalho.

**Dados atividade remunerada, quando houver:**

**I - Tipo de vínculo:** ( )CLT ( )Pessoa Jurídica ( )Regime Jurídico Único ( )Temporário ( ) Contrato por prazo determinado

**II - Outros rendimentos:**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Início \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Fim \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Início \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Fim \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Declaro que li e concordo com as normas do Edital \_\_\_\_\_/PPGSBPAS/UFFS/2025 bem como declaro que preencho todas as exigências expostas.

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

REALEZA (PR), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2025.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) candidato(a)