

**Universidade do Estado do Pará**

**Centro de Ciências Biológicas e da Saúde**

**Programa de Residência Multiprofissional e em Área profissional da Saúde**

**DECLARAÇÃO DE NÃO VÍNCULO EMPREGATÍCIO**

Declaro, sob as penas da lei, para a Coordenação dos Programas de Pós-Graduação do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde/CCBS da Universidade do Estado do Pará que eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (CONSELHO):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ não mantenho vínculo empregatício com qualquer entidade de administração pública ou com empresa de iniciativa privada. Também declaro que ao ser aprovada no Programa de Residência Multiprofissional e em Área profissional da Saúde para o período de Março/2021-Fevereiro/2023, opto pela participação em regime de dedicação integral.

Belém, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021

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

Assinatura do Declarante