



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MULTICÊNTRICO  
EM CIÊNCIAS FISIOLÓGICAS



**Declaração de candidatos sem ou com vínculo empregatício  
(carga horária inferior a 20h semanais)**

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, declaro para os  
devidos fins que tenho no mínimo 20h semanais disponíveis para dedicação ao curso  
de \_\_\_\_\_ do Programa de Pós-Graduação Multicêntrico em  
Ciências Fisiológicas da UFRRJ.

Retifico serem verdadeiras as informações acima prestadas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato(a)