**À**

**Comissão de Bolsas CAPES/PROSUC do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do documento de identidade pessoal sob nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, candidato(a) do processo de Concessão de Bolsa CAPES/PROSUC, declaro que, caso seja aprovado no processo seletivo estabelecido pelo **Edital Nº 29/2024**, terei disponibilidade para a pesquisa e para a realização do estágio de docência.

Santos, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /2024

**Nome e Assinatura**