

**ATESTADO DE FREQUÊNCIA MENSAL
DO BOLSISTA CAPES-DEMANDA SOCIAL**

Eu, _____, declaro:

- I Não possuir relação de trabalho com a promotora do programa de pós-graduação;
- II Carecer, quando da concessão da bolsa, do exercício laboral por tempo não inferior a dez anos para obter aposentadoria compulsória;
- III Não ser aluno em programa de residência médica;
- IV Não estar aposentado ou em situação equiparada;
- V Não acumular a percepção da bolsa com qualquer modalidade de auxílio ou bolsa de outro programa da CAPES, ou de outra agência de fomento pública nacional;
- VI Se possuir vínculo empregatício, no ato da concessão da bolsa, estar liberado das atividades profissionais sem percepção de vencimentos. Caso venha a adquirir vínculo, durante a vigência da bolsa, comunicar imediatamente a secretaria do curso, para verificação junto ao Colegiado do PPGCF, quanto às normas de acúmulo estabelecidas pelo Programa.

Comprometo-me,

- I Não interromper ou abandonar o programa de pós-graduação antes de apresentar a justificativa e obter, por escrito, autorização da Coordenação do programa ao qual estou vinculado.
- II Comunicar imediatamente à Coordenação do programa de pós-graduação qualquer alteração de natureza incompatível com as normas de concessão da bolsa da CAPES e do Colegiado do Programa.

Declaro ainda, que, durante o mês corrente.

- I Tenho me dedicado as atividades do programa acima referido;
- II Tenho mantido desempenho acadêmico satisfatório, consoante com as normas definidas pela instituição promotora do curso;

Assinatura: _____

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

Eu, _____, orientador(a) de

_____, declaro que o(a) aluno(a):

1. Está se dedicando às atividades do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas.

Assinatura: _____

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.