



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO

FORMULÁRIO PARA DECLARAÇÃO DE INTERESSE DE RECEBIMENTO DE BOLSA APÓS A PRIMEIRA RECUSA

À coordenação do Programa de Pós-graduação em Ciências da Nutrição/CCS/UFPB,

Eu, _____, aluno (a) regularmente matriculado (a) no curso de () mestrado () doutorado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Nutrição/CCS/UFPB, sob o número de matrícula _____ venho declarar o meu interesse no recebimento de bolsas de estudos após a recusa de recebimento desse benefício por parte da minha pessoa quando do seu oferecimento pelo Programa. Abaixo declaro os motivos que embasam tal solicitação:

João Pessoa, ____ de _____ de _____ .

Assinatura do(a) discente

Assinatura do(a) orientador(a)