**ANEXO 1 - FORMULÁRIO DE INTERESSE PARA BOLSAS – PPGFON/UFPB**

Eu, , documento de identidade Nº XXXXXXXX, CPF Nº XXXXXXXXXX e matrícula Nº XXXXXXXXX, venho, por meio deste, manifestar interesse para concessão de bolsas FAPESQ contempladas pelo Programa Associado de Pós-graduação em Fonoaudiologia na UFPB. Declaro atender aos requisitos exigidos pelo Edital 07/2021 da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba e ao disposto na Resolução nº 01/2019 PPgFon de 26 de julho de 2019.

|  |
| --- |
| **Dados pessoais** |
|  |
| Nome: |  |
| Data de nascimento: |  | Estado civil: |  |
| Nacionalidade: |  | Naturalidade: |  |
| Endereço: |  | Número: |  |
| Bairro: |  | Cidade: |  | UF: |  |
| CEP: |  | Celular: |  | Fone: |  |
|  |
| **Dados acadêmicos** |
|  |
| Instituição: | UFPB |
| Linha de pesquisa: | ( ) Voz e funções orofaciais: aspectos funcionais e fundamentos da reabilitação |
| ( ) Desenvolvimento e reabilitação da audição e linguagem. |
| Orientador(a): |  |

João Pessoa, XXXXXXX de XXXXXXX de XXXX

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

Assinatura do candidato

**ANEXO 2 - DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES FORNECIDAS NA FICHA DE INTERESSE PARA BOLSAS PPGFON/UFPB**

**DECLARAÇÃO**

Eu, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, documento de identidade Nº XXXXXXXX e CPF Nº XXXXXXXXXX, declaro a veracidade das informações por mim fornecidas neste formulário e nos documentos de comprovação, e autorizo a Comissão Própria de Bolsas do PPGFON/UFPB ou a Coordenação Local do Programa Associado de Pós-Graduação em Fonoaudiologia UFPB/UFRN/UNCISAL efetuar a verificação dos dados. Declaro ter ciência da minha exclusão no processo de seleção de bolsas do Programa Associado de Pós-Graduação em Fonoaudiologia UFPB na falta de documentos, apresentação de documentos fora do padrão e/ou ilegíveis, preenchimento incorreto do formulário ou desorganização da ordem de apresentação.

João Pessoa, xx de xxxxxx de xxxx.

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

Assinatura do (a) discente

**ANEXO 3 - DECLARAÇÃO DE QUE IRÁ FIXAR RESIDÊNCIA NA REGIÃO METROPOLITANA DA CIDADE DE ORIGEM DA INSTITUIÇÃO DO SEU ORIENTADOR**

**DECLARAÇÃO**

Eu, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, documento de identidade Nº XXXXXXXX e CPF Nº XXXXXXXXXX, declaro para os devidos fins, que durante o período de vigência da bolsa do Programa Associado de Pós-Graduação em Fonoaudiologia UFPB/UFRN/UNCISAL, fixarei residência na Região Metropolitana da cidade em que está situada a Universidade na qual o meu orientador está vinculado, dedicar-me-ei integralmente ao curso, não acumularei bolsa deste programa com outra e quando possuir vínculo empregatício estarei liberada(o) das atividades profissionais e sem vencimentos.

\*De acordo com o Ofício Circular no 4/2021-CPG/CGSI/DPB/CAPES de 26 de abril de 2021 fica suspensa a exigência de bolsista residir na mesma cidade onde o curso é realizado, enquanto durarem as limitações decorrentes da Pandemia Covid-19.

João Pessoa, xx de xxxxxx de xxxx.

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

Assinatura do (a) discente