**FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO AMAZONAS – HEMOAM**

**DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA – DEP**

**PROGRAMA DE APOIO À INICIAÇÃO CIENTIFICA – PAIC-HEMOAM**

**DECLARAÇÃO**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RG Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, orientado pelo (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins de comprovação no Programa de Apoio à Iniciação Científica da Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas (PAIC-HEMOAM), não ter vínculo empregatício ou funcional, nem perceber salário ou remuneração decorrente do exercício de atividade, não acumular a percepção da bolsa com qualquer modalidade de auxílio ou bolsa de outro programa FAPEAM, ou de outra agência de fomento pública ou privada, nacional e/ou internacional, não estar realizando estágio remunerado, de qualquer natureza, aplicando-se integralmente às atividades acadêmicas e de pesquisa.

Manaus, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2018.

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

(Assinatura do bolsista)