



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
 PESQUISA CLÍNICA EM DOENÇAS INFECCIOSAS**

FICHA DE SOLICITAÇÃO DE BOLSA DE ESTUDOS

- Mestrado em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas**
- Doutorado em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas**

Eu, _____
 (nome do (a) aluno (a)), de nacionalidade brasileiro (a), portador (a) do CPF nº.
 _____, matrícula _____, sob orientação do Dr. (a)
 _____, venho solicitar
 a concessão de uma Bolsa de Estudo.

Declaro que não possuo vínculo empregatício e participo do presente curso em regime de dedicação exclusiva. **Caso assumo algum vínculo empregatício durante a vigência da bolsa, me comprometo a solicitar o seu cancelamento a Coordenação do Programa.**

Atenciosamente,

Data: ___/___/___

(Assinatura do aluno (a))

De acordo

Data de Início da 1ª. Bolsa: ___/___/___

 Orientador

 Coord. de Pós-Graduação *Stricto Sensu*

 Vice-Diretor(a) de Ensino

 Diretor(a) do INI

Bolsa: FIOCRUZ- ___/___ Período da Bolsa: ___/___ a ___/___ Banco do Brasil (001) Agência: _____ Conta Corrente: _____
