**DECLARAÇÃO DE VERACIDADE**

DECLARO: **(assinalar cada item a assinar)**

( ) Que TODAS as informações prestadas neste cadastro são verdadeiras;

 ( ) Que estou ciente que irei perder a bolsa e terei que devolver o valor recebido à instituição de fomento, caso as informações prestadas sejam comprovadamente inverídicas;

( ) Que o preenchimento deste formulário não significa deferimento de qualquer benefício;

( ) Que poderei ser solicitado/a a entregar documentos complementares, receber visita domiciliar e/ou ser entrevistado/a, caso houver necessidade, em qualquer momento;

( ) NÃO ter concluído outro Curso de Pós-Graduação stricto senso no mesmo nível.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Assinatura da(o) aluna(o): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_