**Declaração acerca de ausência de atividade remunerada**

Eu,      , Nº USP      , RG      , CPF      , declaro que não estarei desenvolvendo nenhuma atividade remunerada na data de inicio de vigência da bolsa de pós-graduação.

São Paulo,    de       de

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

Assinatura do estudante

Ciente.

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

Orientador