

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO E COMPROMISSO DE DEDICAÇÃO EXCLUSIVA

Eu, **[NOME COMPLETO]**, portador(a) do CPF nº **[XXX.XXX.XXX-XX]** e RG nº **[XX.XXX.XXX-X]**, residente e domiciliado(a) à **[ENDERECO COMPLETO]**, declaro, para os devidos fins, que **não possuo vínculo empregatício** com qualquer instituição pública ou privada no momento da presente declaração.

Declaro, ainda, que estou ciente das exigências do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) e **comprometo-me a manter dedicação exclusiva** às atividades acadêmicas, científicas e administrativas do programa durante todo o período de realização do curso de **mestrado e/ou doutorado**, conforme minha matrícula.

Estou ciente de que o descumprimento deste compromisso poderá acarretar sanções previstas nas normas institucionais, tais como cancelamento da bolsa e devolução dos recursos.

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

---

**Assinatura do(a) Declarante**

[NOME COMPLETO]