Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,   
CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro que, caso seja agraciado com bolsa, me dedicarei exclusivamente (40 horas semanais) à pós-graduação. Caso essa condição se altere, me comprometo a comunicar a instituição para cancelamento da bolsa.

Estou ciente que, caso deixe de me dedicar exclusivamente à pós-graduação e não solicite o cancelamento da bolsa, a instituição poderá solicitar a devolução de todas as parcelas de bolsa pagas.

Santo André, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_