**ANEXO II**

**Declaração quanto à disponibilidade de horário**

**DECLARAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do documento de Identidade Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, expedido pelo(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins, dispor das horas semanais, abaixo assinaladas, para me dedicar as atividades presenciais, em horário comercial, do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, durante a vigência da bolsa:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ( )  | 40 horas semanais  |  |
| ( )  | 20 horas semanais  |  |
| ( )  | 10 horas semanais  |  |
| ( )  | Inferior a 10 horas semanais  |  |

Responsabilizo-me pela veracidade das informações aqui prestadas.

Vila Velha, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) candidato(a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OBS.: O descumprimento do tempo de dedicação declarado poderá resultar no cancelamento imediato do benefício pela comissão bolsas do PPGASFAR