**SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO NO PROCESSO SELETIVO PARA CONCESSÃO DE BOLSAS CAPES/PROSUC**

|  |  |
| --- | --- |
| **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM SAÚDE COLETIVA** | ( ) Curso de Doutorado  ( ) Curso de Mestrado |

**Identificação**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Estudante: |  |
| Nº de Matrícula: |  |
| e-mail para contato: |  |
| Nome do Orientador: |  |

Declaro ter plena ciência das normas que regem o **Programa CAPES/PROSUC**, estabelecidas pela **Portaria CAPES nº 149/2017**, e complementadas pela **Portaria GR nº 282/2017**, bem como, das exigências e obrigações a que estarei sujeito para obter a concessão do referido benefício de bolsa, tanto quanto para mantê-lo, na hipótese de ser selecionado pelos critérios definidos pelo **Edital 175/2024**.

Santos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

Assinatura