|  |
| --- |
| **MANIFESTAÇÃO SOBRE CONCESSÃO DE BOLSA** |
| NOME COMPLETO:  |
| NACIONALIDADE:  | SEXO:  | RG:  | CPF:  |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL: |
| CIDADE: | UF: | CEP: | FONE: | CELULAR: |
| E-MAIL: |
| **FORMAÇÃO ACADÊMICA** |
| NOME DO CURSO (graduação): | ANO DE CONCLUSÃO: |
| INSTITUIÇÃO: |
| CIDADE: | UF: | PAÍS: |
| **DECLARAÇÃO** |
|   Eu, , declaro que encaminhei os documentos necessários para o processamento da matrícula como aluno regular do curso de mestrado do Programa de Pós-graduação em Biologia Vegetal e **NÃO tenho interesse na concessão de bolsa de estudos.**Uberlândia, de de 2023.Assinatura do Discente |