**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO DE NÃO RECEBIMENTO DE BOLSAS OU VÍNCULO EMPREGATÍCIO**

Eu, **NOME DO CANDIDATO**, inscrito no CPF n° **000.000.000-00**, residente e domiciliado **ENDEREÇO COMPLETO, DECLARO** ao Programa **PRH/ANP 59,** sob as penas da lei, que não recebo e que tenho conhecimento de que não poderei receber remuneração proveniente de vínculo empregatício/funcional ou bolsa de iniciação científica/pesquisa/extensão durante a vigência da bolsa de graduação (GRA), conforme critérios do edital.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do candidato

Teresina, \_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025