|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ**  **CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE** |  |

**DECLARAÇÃO**

Declaro, para os devidos fins, que tenho pleno conhecimento do conteúdo do Edital nº 17/2025-CAPES, do Edital nº 27/2025-PPG e das normas do Programa Doutorado Sanduíche no Exterior – PDSE, incluindo todas as disposições e prazos que regulamentam o processo seletivo.

Declaro, ainda, que o plano de pesquisa apresentado para concorrer à referida bolsa está diretamente relacionado ao projeto de tese aprovado pelo Programa de Pós-Graduação ao qual estou vinculado(a). Reconheço, igualmente, que o apoio financeiro disponibilizado será exclusivamente aquele previsto no item 1.5.1 do Edital nº 17/2025-CAPES, não constituindo responsabilidade da CAPES nem da UEM o custeio de quaisquer taxas administrativas, acadêmicas, de bancada ou de dependentes, bem como de outras despesas relacionadas ao desenvolvimento do plano de pesquisa na instituição estrangeira e/ou à permanência no exterior.

Maringá, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_

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

Nome e assinatura do candidato