



GOVERNO DO  
ESTADO DO PARÁ

## DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do  
RG nº \_\_\_\_\_ e do CPF/MF nº \_\_\_\_\_, **DECLARO** para  
os devidos fins de direito, junto à Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e  
Pesquisas - FAPESPA que,

Não sou beneficiário (a) de nenhuma outra modalidade de bolsa da  
FAPESPA ou de outra agência de fomento;

Não possuo vínculo empregatício ou funcional, comprometendo-me a  
manter esta condição durante todo o período da vigência da bolsa a ser  
concedida pela FAPESPA;

Possuo vínculo empregatício ou funcional com \_\_\_\_\_  
(nome do órgão, empresa ou instituição), não havendo incompatibilidade de  
horário com as atividades desenvolvidas no \_\_\_\_\_;

O vínculo empregatício ou funcional que possuo está sob o regime de  
trabalho de:

Dedicção exclusiva;

44 horas por semana;

40 horas por semana;

36 horas semanais;

20 horas semanais;

Outra: \_\_\_\_\_

Marabá, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura