****

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**D E C L A R A Ç Ã O**

Eu, XXXXXXXXXXXXXXXXXXX, RG XXXXXXXXXXX e CPF XXXXXXXXXXX, aluno regularmente matriculado no curso de Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) *Campus* de Sobral com número XXXXXX, declaro, para fins estudantis, que não possuo vínculo empregatício por meio de concurso público, assim como com instituição privada.

Sobral-CE, XX de XXXXXX de 20XX.

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

Nome e assinatura