|  |  |
| --- | --- |
|  | **Universidade Estadual de Maringá**Centro de Ciências da SaúdeDepartamento de Análises Clínicas e BiomedicinaPrograma de Pós-Graduação em Biociências e Fisiopatologia |

DECLARAÇÃO

Eu, **nome do orientador/CPF**, declaro que tenho ciência e que zelarei para que meu/minha orientando(a) **nome do aluno/CPF** cumpra o estabelecido na Portaria 133/2023-CAPES e Portaria nº 152/2023-PBF que normatizam a concessão e manutenção de bolsas Demanda Social.

E, por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Maringá-PR, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_.

# Assinatura

# Nome/CPF