**DECLARAÇÃO**

Declaro, para os devidos fins, que eu, (NOME DO CANDIDATO), com CPF (no........................) e RG (no ......................................) **tenho vínculo empregatício comprovado** por cópia de documento em anexo (holerite, contrato de trabalho ou outra). Em caso de aprovação no processo seletivo**, esse vínculo empregatício me permitirá apoiar o custeio da realização das atividades relacionadas ao plano de estudos e de pesquisa** vinculado ao Programa de Mestrado Profissional TERAPIA OCUPACIONAL E PROCESSO DE INCLUSÃO SOCIAL da Faculdade de Medicina da USP, no período previsto para seu desenvolvimento e conclusão, conforme orientações do regimento do programa, das quais tenho ciência.

Município, ......... de ....... 201...

Assinatura do candidato

(com firma reconhecida em cartório)