**DECLARAÇÃO**

Declaro, para os devidos fins, que eu, (NOME DO CANDIDATO), com CPF (no........................) e RG (no. ......................................) **não tenho vínculo empregatício formal,** no momento da inscrição no processo seletivo para o Programa de Mestrado Profissional TERAPIA OCUPACIONAL E PROCESSO DE INCLUSÃO SOCIAL da Faculdade de Medicina da USP . Declaro também, que **no caso de aprovação no processo seletivo, tenho condições de custear com recursos próprios a realização das atividades do plano de estudos e de pesquisa**, no período previsto para seu desenvolvimento e conclusão, conforme orientações disponíveis no regimento do programa, das quais tenho ciência.

Município, ......... de ....... 201..

Assinatura do candidato

(com firma reconhecida em cartório)