

**DECLARAÇÃO NEGATIVA DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO**

Eu, (nome do candidato), residente e domiciliado na (endereço completo – rua, nº, bairro), CEP: 69.000-000, CPF: 000.000.000-00, declaro estar apto(a) a participar do Programa de Iniciação Científica do Instituto Leônidas & Maria Deane – ILMD/Fiocruz Amazônia/FAPEAM, tendo em vista que não possuo nenhum vínculo empregatício, nem outros trabalhos remunerados.

Declaro ainda, que uma vez comprovada a acumulação desta com outros programas da FAPEAM, FIOCRUZ, CNPq, de outra agência ou da própria universidade, comprometo-me a devolver, em valores atualizados, as mensalidades recebidas indevidamente.

Manaus, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2022.

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

(Assinatura do candidato)