

DECLARAÇÃO DE VÍNCULO DE BOLSISTA

Declaro para os devidos fins que se fizeram necessários que o(a) bolsista _____, inscrito no CPF sob o nº _____.***.***-_____, matrícula SIAPE _____, **está em atuação** como PROFESSOR(A) FORMADOR(A) no curso de _____, ofertado pelo campus _____, no âmbito da UAB-IFPB, desde o dia ____/____/_____, conforme especificações abaixo:

Termo de Exercício	
Link do Termo de Exercício no SUAP	
Disciplina de atuação	
Carga Horária da Disciplina	
Quantidade de bolsas	
Mês(meses) de referência para pagamento de bolsa(s)	
Semestre de oferta da disciplina	
Link de onde está disponibilizado o calendário acadêmico	

Declaro ter ciência de que solicitações de pagamento em período divergente dos meses acima informados podem acarretar o não pagamento de bolsa em decorrência da proibição de duplicidade de recebimento de bolsas no mesmo mês de referência, considerando que esta prática é proibida pela CAPES, conforme estabelece o parágrafo único do artigo 8º da Portaria nº 309, de 27 de setembro de 2024: “É vedado o recebimento de mais de uma bolsa do Sistema UAB referente ao mesmo mês, ainda que o bolsista tenha exercido mais de uma função no âmbito do Sistema UAB”.

_____, ____ de _____ de _____.

(assinado eletronicamente)

Nome do(a) coordenador(a)

Coordenador(a) do Curso *****
IFPB Campus *****