



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DE SAÚDE



DECLARAÇÃO DE NÃO POSSUIR VÍNCULO EMPREGATÍCIO

Eu, _____,
CPF: _____ residente do Programa de Residência em Área
Profissional de Saúde, em _____, subárea
_____ declaro para os devidos fins não possuir
qualquer vínculo empregatício ou outra atividade profissional, remunerada ou não,
durante o período de vigência da residência, e que portanto, tenho disponibilidade
(dedicação exclusiva) para o cumprimento da carga horária exigida, atendendo o que
preconiza o Art. 13, § 2º da Lei Federal nº 11.129/2005, bem como, as Resoluções 03 e
04 de 2015 do CONSEPE/UFPB . Declaro ainda que estou ciente de que o não
cumprimento deste termo implica no meu desligamento do Programa de Residência em
Área Profissional de Saúde do CCA/UFPB.

Areia, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) residente



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DE SAÚDE



DECLARAÇÃO DE NÃO POSSUIR VÍNCULO COM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Eu, _____,
CPF: _____ residente do Programa de Residência em Área
Profissional de Saúde, em _____, subárea
_____ declaro para os devidos fins não possuir
vínculo a qualquer Programa de Pós Graduação *Stricto sensu* (Doutorado, Mestrado) ou
Latu sensu (Residência, Aprimoramento ou Aperfeiçoamento Especializado) em Saúde
e/ou em outras áreas, e não usufruir de qualquer outra modalidade de bolsa durante o
período de vigência da residência, e que portanto, tenho disponibilidade (dedicação
exclusiva) para o cumprimento da carga horária exigida, atendendo o que preconiza o
Art. 13, § 2º da Lei Federal nº 11.129/2005 . Declaro ainda que estou ciente de que o
não cumprimento deste termo implica no meu desligamento do Programa de Residência
em Área Profissional de Saúde do CCA/UFPB.

Areia, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do(a) residente