



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

## DECLARAÇÃO

Eu,

.....,

portador do RG número....., CPF.....,

declaro para os devidos fins que não possuo vínculo empregatício em nenhum órgão público ou privado.

Florianópolis, ..... de .....de 20....

.....

Assinatura do aluno (a)