|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Universidade Federal da Paraíba**  **Centro de Ciências Humanas Letras e Artes**  **Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social** |  |

**DECLARAÇÃO QUE NÃO POSSUI ATIVIDADE LABORAL**

Eu, **XXXXX** , CPF, **XXXXX**, aluno(a) do **XXXXXX** em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba, declaro estar ciente que, enquanto bolsista, tenho que me dedicar exclusivamente às atividades acadêmicas do referido curso, não podendo, portanto, exercer qualquer tipo de atividade laboral, remunerada ou não. Declaro também estar ciente de que qualquer mudança no meu status laboral deverá ser comunicada por escrito à coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba em 24 horas.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

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

Assinatura