



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
Departamento de Fisiologia e Farmacologia

DECLARAÇÃO

Eu, inscrito(a) no CPF nº, declaro, para os devidos fins, que:

1. Disponho de 12 horas semanais para realizar atividades como bolsista do projeto de extensão, sem prejuízo das minhas atividades acadêmicas.
2. Estou ciente dos termos contidos no presente edital e no Edital N° 05/2025/PREX, que regulamentam o Programa de Bolsas de Extensão Universitária da Universidade Federal do Ceará.

Fortaleza, de de 2026

.....

Assinatura do aluno candidato