



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-CCS
ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE- ETS
COORDENAÇÃO DE APOIO AO DISCENTE-CAD**

DECLARAÇÃO DE NÃO EXERCÍCIO DE ATIVIDADE REMUNERADA

Eu, _____
, RG: _____, órgão emissor: _____, CPF _____-_____,
domiciliado na _____,
nº _____, bairro _____, cidade _____, estado _____,
declaro que não exerço atividade remunerada
pelo(s) motivo(s) indicado(s) abaixo:

_____.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do declarante
(NÃO PRECISA RECONHECER FIRMA EM CARTÓRIO)