**DECLARAÇÃO**

Eu, , R.G. n° , CPF nº OU Passaporte nº (se estrangeiro), declaro ter ciência do disposto EDITAL Nº 01/2025 - Pós-doutorado da CAPES no âmbito do Curso de Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica do HCPA.

, de de 2025.

Assinatura

Rua Ramiro Barcelos, 2350, Bairro Bom Fim CEP 90035-903 - Porto Alegre/RS

(51) 3359.8000 - [www.hcpa.edu.br](http://www.hcpa.edu.br/)

**Referência:** Processo nº 23092.004163/2024-61 SEI nº 1398774