

## DECLARAÇÃO NEGATIVA DE MATRÍCULA SIMULTÂNEA

Eu \_\_\_\_\_,  
CPF nº \_\_\_\_\_ declaro, conforme previsto nesta Chamada  
e de acordo com o artigo 67 do Regimento de Pós-Graduação *Stricto sensu*,  
Especialização *Lato sensu* e Cursos de Qualificação da Fundação Oswaldo Cruz,  
que não possuo matrícula ativa em qualquer curso de Pós-Graduação *Lato* e/ou  
*Stricto sensu* da Fiocruz na presente data.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

---

Assinatura do(a) candidato(a)