

**ANEXO III**

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE E COMPROMISSO DO BOLSISTA**

Eu, (nome do candidato), portador do CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que disponho da carga horária exigida para ser bolsista da Escola de Saúde Pública da Paraíba e possuo perfil que atende aos pré-requisitos estabelecidos no Edital ESP-PB Nº XX/2024. Informo estar ciente de que estou sujeito ao cancelamento da bolsa, caso não cumpra com as atividades e cargas horárias propostas.

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

Local, data

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

Assinatura