

**DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE E COMPROMISSO COM AS AÇÕES DO  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA UNIPROFISSIONAL EM CLÍNICA INTEGRADA EM  
ODONTOLOGIA**

Eu, ....., portador (a) do CPF nº....., declaro que disponho de horário e disponibilidade de deslocamento exigidos para participar da equipe técnico-pedagógica do **PROGRAMA DE RESIDÊNCIA UNIPROFISSIONAL EM CLÍNICA INTEGRADA EM ODONTOLOGIA** e possuo perfil que atende aos pré-requisitos estabelecidos no Edital. Informo estar ciente de que estou sujeito (a) à rescisão contratual ou ao cancelamento da bolsa, de acordo com o cargo ao qual me submeti, caso não cumpra com as atividades e cargas horárias propostas.

---

Local, data

---

Assinatura