**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