

#### ANEXO IV

### DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE E COMPROMISSO DO BOLSISTA

Eu, (nome do candidato), portador do CPF nº \_\_\_\_\_, declaro que:

a) disponho de tempo suficiente para cumprir a carga horária exigida para ser bolsista da Escola de Saúde Pública da Paraíba (ESP-PB) e possuo perfil que atende aos pré-requisitos estabelecidos no Edital ESP-PB N° 06/2023.

b) estou ciente de que o recebimento da bolsa de \_\_\_\_\_ do Curso de Especialização em Saúde da Família e do Curso de Qualificação em Saúde da Família, referente ao Edital supra referido, implica em realizar atividades externas ao município de atuação, nas quais a minha presença pode ser obrigatória, sem recebimento de valores extras ao da bolsa por isso;

c) estou ciente de que posso vir a ter a bolsa cancelada caso não cumpra com as atividades, com as cargas horárias e com as atividades propostas, inclusive as externas ao município de atuação, conforme constantes no Edital supra referido.

Local e data

Assinatura do(a) Candidato(a)