

**DECLARAÇÃO**

EU \_\_\_\_\_, R.G. \_\_\_\_\_  
CPF \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_, Instituição de Ensino Superior \_\_\_\_\_, declaro que me disponibilizo a aplicar a Prova de Seleção 2018.1 do Programa de Pós-Graduação em Microbiologia Agrícola da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia para o candidato \_\_\_\_\_, R.G. \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_. Declaro, ainda, que não possuo qualquer tipo de vínculo com o candidato.

**Dados do aplicador:**

E-mail:

Telefone:

Endereço profissional:

Local \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_