



ANEXO IV – Edital 02/2025
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TRANSLACIONAL

Declaração de Comprovação de Função (DCF)

Exclusivo para servidores(as) – este documento deve ser assinado pela chefia da unidade.

Nos termos da Portaria nº 10/PRPPG/UFC, de 09 de abril de 2025, declaro, para fins de participação no Processo Seletivo do Programa de Pós-Graduação em [nome do programa], que o(a) servidor(a) **[Nome do(a) candidato(a)]**, SIAPE nº **[número do SIAPE]**, integra o quadro de servidores(as) da **[nome da unidade acadêmica/administrativa]**. Declaro, ainda, que a função atualmente exercida pelo(a) referido(a) servidor(a) possui relação direta com a área de conhecimento do Programa supracitado.

[cidade], _____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) declarante/Função