TERMO DE COMPROMISSO – PIB-PÓS -ESTRANGEIRO

Declaro, para os devidos fins, que eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno (a) devidamente matriculado (a) da Universidade Federal de Alfenas no Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia sob o número de matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, em nível de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de beneficiário de bolsa, conforme regulamento de distribuição e manutenção de bolsas do Programa Institucional de Bolsas de Pós-Graduação da Universidade Federal de Alfenas, e nesse sentido, COMPROMETO-ME a respeitar as seguintes cláusulas:

I – dedicar-me integralmente às atividades do Programa de Pós-Graduação;

II – quando possuir vínculo empregatício, estar liberado das atividades profissionais e sem percepção de vencimentos;

III – comprovar desempenho acadêmico satisfatório, consoante às normas definidas pela instituição promotora do curso;

IV – não possuir qualquer relação de trabalho com a instituição promotora do Programa de Pós-Graduação;

V – realizar estágio de docência;

VI – não ser aluno em programa de residência médica;

VII – ser classificado no processo seletivo especialmente instaurado pela Instituição conveniada com a UNIFAL-MG;

VIII - não acumular a percepção da bolsa com qualquer modalidade de auxílio ou bolsa de outro programa, exceto nos casos previstos no regulamento de distribuição e manutenção de bolsas do Programa Institucional de Bolsas de Pós-Graduação da Universidade Federal de Alfenas.

IX - assumir a obrigação de restituir os valores despendidos com bolsa, na hipótese de interrupção do estudo, salvo se motivada por caso fortuito, força maior, circunstância alheia à vontade ou doença grave devidamente comprovada.

A inobservância das cláusulas citadas acima, e/ou se praticada qualquer fraude pelo(a) beneficiário, implicará(ão) no cancelamento da bolsa, com a restituição integral e imediata dos recursos, de acordo com os índices previstos em lei competente.

***Assinatura do(a) beneficiário (de bolsa ou taxa):***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Assinatura do (a) Orientador(a) do(a) beneficiário\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Coordenador (a) do Programa de Pós-Graduação***  ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  ***Carimbo e assinatura*** | ***Representante da Comissão de Bolsas DS/Capes***  ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  ***Nome e assinatura*** |