|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  **Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG**  Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 – Alfenas-MG – CEP 37130-001  Fone: (35) 3701-9260 |  |

**Declaração de Responsabilidade**

Declaro, para os devidos fins, que aceito orientar o(a) aluno(a)      , do curso de      , no projeto de iniciação científica, aprovado com bolsa no edital      , intitulado “      “, ciente de que o(a) mesmo(a) foi reprovado(a) por       na(s) disciplina(s):

(Nome da Disciplina) (Semestre/ano)

(Nome da Disciplina) (Semestre/ano)

(Nome da Disciplina) (Semestre/ano)

(Nome da Disciplina) (Semestre/ano)

Afirmo ainda que a disciplina pendente não interferirá no desempenho do desenvolvimento do bolsista no projeto.

Caso haja necessidade, será feita a substituição do bolsista em tempo hábil.

Assumo assim todas as responsabilidades, isentando totalmente a Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação de quaisquer eventualidades que possam vir a ocorrer.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Bolsista | |
| Orientador: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Orientador |

     ,       de       de 201     .