**TERMO DE COMPROMISSO**

Declaro, para os devidos fins, que eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno (a) devidamente matriculado (a) da Universidade/Fundação/Instituto/Associação/Escola/Faculdade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_no Curso/Área\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sob o número de matrícula, em nível de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de beneficiário de bolsa, conforme regulamento vigente do programa de Demanda Social - DS, anexo à portaria nº76, de 14 de abril de 2010, e nesse sentido, COMPROMETO-ME a respeitar as seguintes cláusulas:

I – Dedicar-me integralmente as atividades do Programa de pós-graduação;

II – Estar liberado das atividades profissionais, quando possuir vínculo empregatício;

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 de acordo com o estabelecido no art.18 do regulamento vigente;

VI – Não ser aluno em programa residência médica;

VII – Ser classificado no processo seletivo especialmente instaurado pela instituição de Ensino Superior em que realizo o curso;

VIII- Não acumular a percepção da bolsa com qualquer modalidade de auxílio ou bolsa de outro programa da CAPES, de outra agência de fomento pública, nacional ou internacional, ou empresa pública ou privada, exceto nas situações das alíneas a, b e c do inciso XI do art. 9° do regulamento vigente.

IX – Assumir a obrigação de restituir os valores despendidos com bolsa, na hipótese de interrupção 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, acarretando ainda a impossibilidade de receber benefícios por parte da CAPES, pelo período de 5 (cinco) anos, contados do conhecimento do fato.

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

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

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