|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior  CII/CGPE/DPB/CAPES  SBN Quadra 02 bloco L lote 6 – 9º andar  CEP: 70040-020 – Brasília - DF  **FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE BOLSISTA NO PAÍS** | | | | | | | | | | | |
| **Instruções para o preenchimento do Formulário:**   1. Todos os campos são obrigatórios, exceto os marcados com asterisco (\*); 2. O não preenchimento de qualquer campo implicará na não implementação da bolsa; 3. O formulário deverá ser entregue à FAPEAL até, no máximo, o dia 10 do mês de início da vigência da bolsa - formulários postados após o dia 10 serão implementados no mês seguinte, sem a possibilidade de pagamento retroativo; 4. Uma cópia digitalizada do formulário preenchido deverá ser encaminhada ao email [fapeal@capes.gov.br](mailto:fapeal@capes.gov.br) – indicando o Programa/Edital a que se refere, no assunto; 5. O envio do documento digital não garante a implementação da bolsa. | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **I. Dados do Projeto** | | | | | | | | | | | |
| Programa/Edital: | | | | | | | | | | | |
| Título do projeto: | | | | | | | | | | | |
| Coordenador geral do projeto: | | | | | | | | | | | |
| Email do coordenador: | | | | | | | | | | | |
| Nome da Instituição (IES): | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **II. Dados do Bolsista** | | | | | | | | | | | |
| Nome: | | | | | | | | | | | |
| CPF: | | RG: | | | | | | | Nascimento: | | |
| Nacionalidade:  Brasileira  Estrangeira\* | | | | Sexo:  masculino  feminino | | | | | | | |
| *\*Se estrangeiro:*  Visto permanente  SIM  NÃO - Tipo: | | | | | | | | Passaporte nº: | | | |
| País: | | | |
| Possui vínculo empregatício:  SIM\*  NÃO | | | | | | | | | | | |
| *\*Se possui:*  Tipo de empregador:  IES no país  órgão público ou entidade  empresa  outros | | | | | | | | | | | |
| Empregador: | | | | | | | | | | | |
| Categoria funcional:  docente  não docente | | | | | | | | | | | |
| Tipo de afastamento:  integral  parcial  sem afastamento | | | | | | | | | | | |
| com salário  sem salário | | | Tempo global de serviço: | | | | | | | | |
| Maior nível de titulação obtido: | | | | | | | | | Ano de titulação: | | |
| IES de titulação: | | | | | | País: | | | | | |
| Dados bancários do bolsista (o bolsista deverá ser o titular da conta): | | | | | | | | | | | |
| Banco – Nome/nº: | | | | | | | | | | | |
| Agência – Nome/nº: | | | | | | | Conta corrente nº: | | | | |
| Email: | | | | | | | | | | | |
| Telefone para contato: ( ) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **III. Dados do Curso** | | | | | | | | | | | |
| Nome da Instituição: | | | | | | | | | | | |
| Programa de Pós-Graduação: | | | | | | | | | | | |
| Matrícula no PPG *(mês/ano)*: | | | | Previsão de conclusão *(mês/ano)*: | | | | | | | |
| Título da dissertação/tese: | | | | | | | | | | | |
| Coordenador associado responsável pelo bolsista: | | | | | | | | | | | |
| Email do coordenador associado: | | | | | | | | | | | |
| Orientador: | | | | | | | | | | | |
| Email do orientador: | | | | | | | | | | | |
| **OBS:** Para bolsas da modalidade Estágio Pós-Doutoral, preencher os campos do item III com os dados do PPG em que o bolsista desenvolverá as atividades. | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **IV. Dados da Bolsa** | | | | | | | | | | | |
| Início da bolsa *(mês/ano)*: | | | | Duração *(meses)*: | | | | | | |
| **Modalidade da bolsa:**  iniciação científica  mestrado  doutorado  estágio pós-doutoral | | | | graduação sanduíche\* no país  mestrado sanduíche\* no país  doutorado sanduíche\* no país  auxílio moradia\*(modalidade: ) | | | | | | | |
| *\*Se bolsa sanduíche, indicar:*  IES em que fará o estágio: | | | | | | | | | | | |
| Programa de Pós-Graduação: | | | | | | | | | | | |
| Início do estágio *(mês/ano)*: | | | | Duração *(meses)*: | | | | | | | |
| Orientador: | | | | | | | | | | | |
| Assinatura e carimbo do orientador do estágio sanduíche | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **V. Bolsas anteriores** | | | | | | | | | | | |
| Agência financiadora | Nível | | | | Início (mês/ano) | | | | | Término (mês/ano) | |
|  |  | | | |  | | | | |  | |
|  |  | | | |  | | | | |  | |
|  |  | | | |  | | | | |  | |
|  |  | | | |  | | | | |  | |
| **VI. Termo de compromisso**  Declaro, para os devidos fins, que tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de bolsista CAPES e, nesse sentido, COMPROMETO-ME a respeitar as seguintes cláusulas:   1. dedicação integral às atividades do programa de pós-graduação; 2. comprovar desempenho acadêmico satisfatório, consoante as normas definidas pela entidade promotora do curso; 3. quando possuir vínculo empregatício, estar liberado das atividades profissionais sem percepção de vencimentos; 4. não possuir qualquer relação de trabalho com a instituição promotora do programa de pós-graduação; 5. não acumular a percepção da bolsa com qualquer modalidade de auxílio ou bolsa de outro programa da CAPES, ou de outra agência de fomento pública nacional; 6. não ser aluno em programa de residência médica; 7. não se encontrar aposentado ou em situação equiparada; 8. carecer, quando da concessão da bolsa, do exercício laboral por tempo não inferior a dez anos para obter aposentadoria compulsória; 9. ser classificado no processo seletivo especialmente instaurado pela promotora do curso; 10. realizar estágio docente de acordo com o regulamento específico de cada programa CAPES.   A inobservância dos requisitos citados acima, e/ou se praticada qualquer fraude pelo bolsista, 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 cinco anos, contados do conhecimento do fato.  Tenho ciência que a bolsa será implementada respeitando a vigência do projeto aprovado pela Capes. | | | | | | | | | | | |
| Data e assinatura do bolsista | | | | Assinatura e carimbo do Coordenador do Projeto aprovado pela Capes | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **VII.** Declaro estar de acordo com as informações prestadas no item III e estar ciente do vínculo empregatício do bolsista, informado no item II, e que a atividade remunerada desenvolvida pelo bolsista está relacionada à sua área de atuação e é de interesse para sua formação acadêmica, científica e tecnológica.  Assinatura e carimbo do Coordenador do Programa de Pós-Graduação | | | | | | | | | | | |