TERMO DE COMPROMISSO

Declaro, para os devidos fins, que eu,

 , CPF , aluno(a) devidamente matriculado(a) no Curso/Área

sob o número de matrícula , em nível de

 , da

Universidade/Fundação/Instituto/Associação/Escola/Faculdade

 ,tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de beneficiário de bolsa ou taxa escolar, conforme o regulamento vigente do Programa CAPES/PROSUP, e nesse sentido, COMPROMETO-ME a respeitar as seguintes cláusulas:

1. – comprovar desempenho acadêmico satisfatório consoante as normas definidas pelo Programa de Pós-Graduação;
2. – quando beneficiário de bolsa CAPES dedicar-me integralmente às atividades do Programa de Pós-Graduação;

III- quando beneficiário de taxa repassar mensalmente à Instituição de Ensino Superior o valor da taxa escolar recebido pela CAPES em minha conta bancária;

1. – não possuir qualquer relação de trabalho com a instituição promotora do Programa de Pós- Graduação;
2. – quando pós-graduando no nível de doutorado, realizar estágio de docência;
3. - não acumular a bolsa com qualquer modalidade de auxílio ou bolsa de outro programa da CAPES, ou de outra agência de fomento pública nacional ou internacional, ou ainda, com o exercício profissional remunerado, ressalvada expressa permissão em norma específica baixada pela CAPES;
4. – se servidor público, demonstrar regularidade do afastamento do exercício do cargo, salvo se conciliáveis as atividades do curso com a jornada laboral;
5. – assumir a obrigação de restituir todos os recursos recebidos da CAPES, na hipótese de interrupção do estudo, salvo se motivada por 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 ou taxa, 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 até cinco anos, contados do conhecimento do fato.

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

***Local e data:***

***Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação***

***Representante da Comissão de Bolsas Capes***

***Carimbo e assinatura***

***Nome e assinatura***