TERMO DE COMPROMISSO UPF

**CIÊNCIA DO NÃO ACÚMULO DE OUTROS BENEFÍCIOS FINANCEIROS COM A BOLSA DO PROGRAMA DE SUPORTE À PÓS- GRADUAÇÃO DE INSTITUIÇÕES**

**COMUNITÁRIAS DE EDUCAÇÃO SUPERIOR – PROSUC/CAPES**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nacionalidade), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (área de formação), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (endereço, nº), inscrito (a) no CPF sob o n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,aluno(a) devidamente matriculado(a) desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no Curso/Área \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do programa de pós graduação em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da Universidade de Passo Fundo, mantida pela Fundação Universidade de Passo Fundo, sob o número de matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins, que tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de bolsista CAPES, e nesse sentido, COMPROMETO-ME a respeitar a Portaria n° 149 de 1º de agosto de 2017 da CAPES, bem como o seu regulamento, e as normativas institucionais, em especial quanto a :

I - não acumular os benefícios da modalidade I e II com outras bolsas financiadas com recursos públicos, ressalvada expressa permissão legal ou previsão em ato normativo específico da Capes;

II - não acumular o benefício da modalidade I com o exercício profissional remunerado, ressalvada expressa permissão legal ou previsão em ato normativo específico da Capes;

III – informar imediatamente à Comissão de Bolsas sobre quaisquer acúmulos futuros e/ou alterações na situação de bolsista, tomando as medidas necessárias para a desistência da Bolsa Prosuc/Capes;

IV – estar ciente de que a inobservância dos itens citados acima, e/ou se praticada qualquer fraude pelo(a) 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 até 5 (cinco) anos, contados do conhecimento do fato, sem prejuízo das demais sanções administrativas, cíveis e penais cabíveis.

Assinatura do(a) beneficiário:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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