|  |  |
| --- | --- |
|  | **Universidade Estadual de Maringá**  Centro de Ciências da Saúde  Departamento de Análises Clínicas e Biomedicina  Programa de Pós-Graduação em Biociências e Fisiopatologia |

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro, para os devidos fins, que eu, ***Nome do aluno,*** nacionalidade, estado civil, residente e domiciliado na ***descrição do endereço com número e complemento*** – CEP xxxxx-xxx, na cidade de Maringá – PR, inscrito no CPF nº xxx.xxx.xxx-xx sou aluno regularmente matriculado no Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Biociências e Fisiopatologia – área de concentração: biociências e fisiopatologia aplicadas à farmácia da Universidade Estadual de Maringá. Declaro ainda que tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de beneficiário da bolsa, conforme regulamento vigente do Programa de Demanda Social – DS, anexo à Portaria nº 076, de 14 de abril de 2010, e nesse sentido, **COMPROMETO-ME** a respeitar as seguintes cláusulas:

* Dedicação integral às atividades do programa de pós-graduação;
* Comprovar desempenho acadêmico-científico satisfatório, consoante as normas definidas pela entidade promotora do curso;
* Não possuir vínculo empregatício;
* Não possuir qualquer relação de trabalho com a instituição promotora do programa de pós-graduação;
* Ter residência fixa em Maringá ou em sua Região Metropolitana (RMM) definida pela Lei Complementar Estadual 83/1998 e suas modificações (conforme aprovado pela Portaria nº 180/2019-PBF)
* 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;
* Não ser aluno em programa de residência médica;
* Ser classificado no processo seletivo especialmente instaurado pela promotora do curso;

A inobservância dos requisitos citados acima, e/ou se praticada qualquer fraude pela bolsista, implicará 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.

# Assinatura

Nome/CPF

Maringá, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

## **Comissão de Bolsas:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **Simone Aparecida Galerani Mossini Erika Seki Kioshima Cotica** | | Presidente Membro | | |
| **Maria Cristina Bronharo Tognim** | **Gessilda de Alcantara Nogueira de Melo** |
| Membro | Membro |
|  | |
| **Amauri Donadon Leal Junior** | **Amanda Gubert Alves dos Santos** |
| Representante discente do curso de mestrado | Representante discente do curso de doutorado |