|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **logo uem** | **Imagem relacionadaUNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ**  **Departamento de Farmácia**  **Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas** |  |

**TERMO DE COMPROMISSO DE BOLSISTA**

Considerando a Portaria Conjunta 01/2010 CAPES/CNPq, Portaria 076/2010 CAPES, Portaria CAPES nº 133/2023 e Resolução 05/2024-PCF

De acordo com os termos estabelecidos nas normas do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas (PCF) da Universidade Estadual de Maringá e da Agência de Fomento ( ) CAPES, ( ) CNPq, ( ) Fundação Araucária.

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , CEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefone (xx) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, comprometo-me a realizar as atividades previstas no Plano de trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual de Maringá.

**COMPROMETO-ME** a respeitar as seguintes cláusulas:

1. Dedicar-me às atividades do Programa de Pós-graduação, definidas juntamente com o orientador , por, **no mínimo\_\_\_\_\_ horas semanais**;
2. Comprovar desempenho acadêmico-científico satisfatório, consoante as normas definidas pela entidade promotora do curso;
3. Não possuir qualquer relação de trabalho com a instituição promotora do Programa de Pós-graduação;
4. Não acumular bolsas ou qualquer modalidade de auxílio de outro programa da CAPES, ou de outra agência de fomento pública nacional;
5. Encaminhar ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas Relatórios anuais de atividades e do desenvolvimento do projeto de pesquisa, de acordo com as normas estabelecidas pelo Programa;
6. Não estar inadimplente com o Programa;
7. Não estar matriculado em Programas de Residência;
8. Realizar estágio de docência de acordo com o regulamento e normas da Agência de fomento.

Declaro ainda que tenho ciência:

1. das obrigações inerentes à qualidade de bolsista do (a), e nesse sentido, sei que poderei ser substituído a qualquer momento, no caso do não cumprimento das exigências estabelecidas nas normas vigentes das agências de fomento, da CAPES e do PCF;
2. de que a bolsa poderá ser cancelada a qualquer tempo por infringência à disposições deste termo de compromisso, ficando obrigado a ressarcir o investimento feito indevidamente em eu favor, de acordo com a legislação federal vigente, e impossibilitado de receber benefícios por parte da agência de fomento pelo período de cinco anos, contados do conhecimento do fato.

Maringá,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do bolsista

**Ciência do orientador:**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que tenho ciência das obrigações inerentes ao bolsista sob minha orientação e **COMPROMETO-ME** a fazer cumprir as cláusulas acima descritas

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do orientador