Programa Nacional de Pós-Doutorado

Anexo II.b - Portaria nº. 086 de 03 de julho de 2013

**TERMO DE COMPROMISSO**

Declaro, para os devidos fins, que eu, **(nome do pesquisador)**, CPF nº **XXXXX**, pesquisador de pós-doutorado vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de beneficiário de bolsa, aprovada conforme o art. 5º, inciso V, alínea “b” do regulamento vigente do Programa CAPES/PNPD e, nesse sentido, COMPROMETO-ME a respeitar as seguintes cláusulas:

I – possuir o título de doutor, quando da implementação da bolsa, obtido em cursos avaliados pela CAPES e reconhecidos pelo CNE/MEC;

II – apresentar curriculum vitae atualizado na Plataforma Lattes do CNPq ou, se

estrangeiro, modelo de Currículo (Anexo III da Portaria CAPES/MEC), histórico de registro de patentes e/ou publicação de trabalhos científicos e tecnológicos

de impacto e/ou prêmios de mérito acadêmico;

III – não ser aposentado ou estar em situação equiparada;

IV – ser brasileiro residente no exterior ou estrangeiro sem vínculo empregatício;

V - comprovar endereço residencial no exterior no momento da submissão da proposta, se estrangeiro residente no exterior;

VI- elaborar Relatório de Atividades Anual a ser submetido à aprovação do Programa de Pós-Graduação e encaminhar Relatório Final em até 60 (sessenta) dias após o encerramento da respectiva bolsa;

VII – restituir à CAPES os recursos recebidos irregularmente, quando apurada a não observância das normas do PNPD, salvo se motivada por caso fortuito, força maior, circunstância alheia a sua vontade ou doença grave devidamente comprovada e fundamentada, acarretando a impossibilidade de receber benefícios por parte da CAPES, pelo período de até cinco anos, contados do conhecimento do fato. A avaliação dessas situações fica condicionada à aprovação pela Diretoria Executiva da CAPES, em despacho fundamentado.

***Local e data: Cascavel, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Assinatura da Bolsista:***

***(Sob Firma reconhecida)***

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