



TERMO DE COMPROMISSO

Mestrado Profissional



Declaro, para os devidos fins, que eu, _____,
nacionalidade _____, profissão _____,
endereço _____,
CPF _____, aluno(a) devidamente matriculado(a) no Curso/Área
_____, sob o
número de matrícula _____, em nível de Mestrado, da
Universidade/Fundação/Instituto/Associação/Escola/Faculdade _____,
tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de bolsista CAPES, e nesse sentido,
COMPROMETO-ME a respeitar as seguintes cláusulas:

I – comprovar desempenho acadêmico satisfatório, consoante as normas definidas pela entidade promotora do curso;

II – não possuir qualquer relação de trabalho com a promotora do programa de pós-graduação;

III – não acumular a percepção da bolsa com qualquer modalidade de auxílio ou bolsa de outro programa da CAPES, de outra agência de fomento pública, nacional ou internacional, ou empresa pública ou privada, excetuando-se:

“I. conforme estabelecido pela PORTARIA CONJUNTA Nº 2, DE 22 DE JULHO DE 2014, os bolsistas CAPES, matriculados em Programas de Pós-graduação no país, poderão receber bolsa da Universidade Aberta do Brasil – UAB, quando atuarem como tutores.

Em relação aos demais agentes da UAB, não será permitido o acúmulo dessas bolsas.”

IV – ser classificado no processo seletivo especialmente instaurado pela promotora do curso;

V – Comprometer-se a manter atualizadas, por um prazo não inferior a 3 (três) anos, suas informações pessoais, como contato telefônico, endereço eletrônico, endereço residencial e da escola de atuação por meio dos sistemas eletrônicos da CAPES;

VI - Comprometer-se a, após a conclusão do curso de pós-graduação, por meio dos sistemas eletrônicos da CAPES, em até 6 (seis) meses, comprovar titulação, por meio de apresentação de diploma do curso expedido pela IES responsável.

A inobservância dos requisitos 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 cinco anos, contados do conhecimento do fato.

Assinatura do Bolsista

Reconheço, por semelhança, a(s) assinaturas em testemunho da verdade.

Identificação do Agente público_____.

Nome do Servidor _____.

Matrícula do Servidor _____.

Assinatura _____

_____, _____ de _____ de 20____.