**ANEXO I – TERMO DE COMPROMISSO**

Pelo presente termo de compromisso, eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*nome*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, servidor da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, lotado(a) no \_\_\_\_\_\_\_\_(*nome do Centro de lotação*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, *campus* de \_\_\_\_\_\_(*nome do campus*)\_\_\_\_\_\_\_, em virtude de minha possível participação no Programa de pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Pública, nível demestrado, Centro de Educação Letras e Saúde, Campus de Foz do Iguaçu, comprometo-me a permanecer no curso, caso seja aprovado, por um período mínimo de 04 (quatro) anos na mesma categoria (professor permanente ou colaborador). Da mesma forma, assumo o compromisso de prestar as informações necessárias para o preenchimento do relatório anual Coleta de Dados CAPES.

Declaro também, que atualmente estou credenciado como docente no(s) curso(s) de pós-graduação *stricto sensu* abaixo relacionado(s):

\_\_\_\_\_(*nome do curso*)\_\_\_\_\_\_ (*instituição*)\_\_\_\_\_\_ (*categoria: permanente/colaborador*)\_\_\_\_\_

*Local e data*

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

Assinatura do docente