TERMO DE COMPROMISSO

Declaro, para os devidos fins, que eu, _____, CPF _____, aluno(a) devidamente matriculado(a) no **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA VETERINÁRIA** da **UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO** em nível de _____, nº de matrícula _____, tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de beneficiário de bolsa, conforme regulamento vigente do Programa de Demanda Social ï DS, anexo à Portaria nº 76, de 14 de abril de 2010, e nesse sentido, COMPROMETO-ME a respeitar as seguintes cláusulas:

I ï Dedicar-me integralmente às atividades do Programa de Pós-Graduação;

II ï Quando possuir vínculo empregatício, estar liberado das atividades profissionais e sem percepção de vencimentos;

III ï Comprovar desempenho acadêmico satisfatório, consoante às normas definidas pela instituição promotora do curso;

IV ï Não possuir qualquer relação de trabalho com a instituição promotora do Programa de Pós-Graduação;

V ï Realizar estágio de docência de acordo com o estabelecido no art. 18 do regulamento vigente;

VI ï Não ser aluno em programa de residência médica;

VII ï ser classificado no processo seletivo especialmente instaurado pela Instituição de Ensino Superior em que realiza o curso;

VIII - 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, exceto nas situações das alíneas a, b e c do inciso XI, do art. 9º do regulamento vigente.

IX - Assumir a obrigação de restituir os valores despendidos com bolsa, na hipótese de interrupção do estudo, salvo se motivada por caso fortuito, força maior, circunstância alheia à vontade ou doença grave devidamente comprovada;

X ï Enviar Relatório de atividades semestralmente (até 31 de agosto e até 28 de fevereiro).

A inobservância das cláusulas citadas acima, e/ou se praticada qualquer fraude pelo(a) beneficiário, 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 5 (cinco) anos, contados do conhecimento do fato.

Dados Bancários: Nome e nº do Banco**:**_____; Agência: _____**.** Conta Corrente: _____**.**

Recife, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) beneficiário(a):

_____

Assinatura Coordenador do PPGMV	Assinatura Representante da Comissão de Bolsas-DS-CAPES/PPGMV	Assinatura Orientador(a)