

**ProgramadeDemandaSocial**

**Cadastramentodebolsista**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Instituição de |  |
|  | Ensino Superior: | UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ |  |
|  |  |  | Código: |  |  |
|  |  |
|  | Programa: | FARMACOLOGIA | Código: | 21001014013P4 |  |
| Coordenaçãode |  |
| Aperfeiçoamentode | Nível: |  | Mestrado |  | Doutorado |  | Quota da Pró-Reitoria |
| Pessoalde |  |  |
| NívelSuperior |  |
|  | Nome |  |  |
|  |  |
|  | Datadenascimento: |  | Sexo: |  | Masculino |  | Feminino |
|  |  |
|  | Nacionalidade: | X | Brasileiro |  | Estrangeiro |  | CPFnº |  |  |  |
|  |  |
|  | *Se estrangeiro*:Visto permanente: |  | Sim |  | Não | Passaporte nº: |  |  | País: |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  | Possui vínculo empregatício? |  | Sim |  | Não |
|  |  |
|  | *Se possui:* Tipo de empregador: |  | IES no país |  | IES no exterior |  | Empresa |
|  |  |
|  | Empregador: |  |  |
|  |  |
|  | Tipo de afastamento: |  | Integral |  | Parcial |  | Não informado |
|  |  |
|  | Categoria Funcional: |  | Docente |  | Não docente |  |  | Situação salarial: |  | C/salário |  | S/salário |
|  |  |
|  | Tempo global de serviço: |  | Anos e |  | Meses em *(mês/ano)* |  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  | Maior nível de titulação obtido: |  | Ano de titulação: |  |  |
|  |  |
|  | IES de titulação: | Universidade Federal do Piauí |  |
|  |  |  | País: | BRASIL |  |
|  |  |
|  | Áreadetitulação: |  | *(ver tabela da CAPES)* |
|  |  |  |
|  |  |
|  | Banco: | Banco do Brasil | nº |  |  |
|  |  |
|  | Agência: |  | nº |  | Conta corrente nº |  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  | Ingresso do bolsista no curso: *(mês/ano)* |  | Início da bolsa:(*mês/ano)* |  |  |
|  |  |
|  | Tempo concedido pela IES: *(em meses)* |  |  |
|  | Duração máxima permitida pela CAPES: |
|  |  |  | Mestrado/24meses |  | Doutorado/48meses |  | Mudança de nível/54meses |
|  |  |  |
|  | **Bolsas anteriores** |
|  | *Agência financiadora* | *Nível* | *Início (mês/ano)* | *Término (mês/ano)* |
|  |  | Capes |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Assinatura do Presidente |
|  | Da Comissão de Bolsas |  | Data |  |  |
|  |  |
| SAC-IES/DS | Assinatura do bolsista |  | Data |  |  |

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro, para os devidos fins, que eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Brasileiro, Farmacêutico, Residente em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Teresina-PI, de CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) devidamente matriculado(a) no Curso/Área no Programa de Pós-graduação em Farmacologia sob o número\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, em nível de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, da Universidade Federal do Piauí, tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de bolsista CAPES, e nesse sentido, COMPROMETO-ME a respeitar as seguintes cláusulas:

I – dedicação integral às atividades do Programa de Pós-graduação;

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

III – quando receber complementação financeira, proveniente de outras fontes (desde que relativa a atividades relacionadas à área de atuação e de interesse para formação acadêmica, científica e tecnológica), o bolsista deve obter autorização, concedida por seu orientador, devidamente informada à coordenação do programa de pós-graduação em que estiver matriculado e registrada no Cadastro Discente da CAPES, conforme estabelecido pela Portaria conjunta CAPES/CNPq No 01, de 15/07/2010;

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

V – 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:

a) os bolsistas da CAPES, matriculados em Programas de Pós-graduação no país, selecionados para atuarem como professores substitutos nas instituições públicas de ensino superior, com a devida anuência do seu orientador e autorização da Comissão de Bolsas CAPES/DS do Programa de Pós-graduação, terão preservadas as bolsas de estudo;

b) conforme estabelecido pela Portaria conjunta Nº 01 CAPES/CNPq, de 12/12/2007, 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.

VI – não ser aluno em programa de residência médica;

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

VIII – realizar estágio docente de acordo com o regulamento específico de cada programa CAPES.

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(a) bolsista:*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Local de data:*** Teresina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_de 202\_\_.

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

DOCUMENTOS PESSOAIS E BANCARIOS

CPF (CÓPIA)

RG (CÓPIA)

DADOS BANCÁRIOS (CONTA CORRENTE BANCO DO BRASIL): (CÓPIA CARTÃO)

COMPROVANTE DE RESINDÊNCIA: (CÓPIA)