



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA
TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA**



TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____ RG nº _____
CPF nº _____ residente à rua _____,
nº _____, Setor _____, telefones: _____, Goiânia, Goiás,
aluno(a) regularmente matriculado(a) no Programa de Pós-Graduação em
_____, nível _____, da Universidade Federal de Goiás,

comprometo-me a:

1. dedicar-me ao curso;
2. fixar residência na localidade onde realizo o curso;
3. apresentar a documentação solicitada para o cadastro: comprovante de residência, termo de compromisso do bolsista, cópia de identidade, CPF, cópia de documento com dados bancários);
4. não acumular bolsa deste programa com bolsa/auxílio de outro programa da Capes ou de outra agência de fomento ou de organismos nacionais ou internacionais, bem como não possuir vínculo empregatício;
5. apresentar à Coordenação deste programa de pós-graduação, relatórios sobre o andamento do meu curso e do meu trabalho final, nos prazos por ela estabelecidos;

e declaro que:

1. estou ciente de que a bolsa poderá ser cancelada a qualquer momento, caso meu desempenho não seja considerado satisfatório ou se deixar de atender às exigências estabelecidas pela Comissão de Bolsas e pelas agências de fomento;
2. estou ciente que a infração a qualquer dos itens deste compromisso implica em suspensão dos benefícios, acarretando a obrigação de restituir à agência de fomento, a importância recebida indevidamente, em valores corrigidos de acordo com a legislação em vigor.

Por ser verdade firmamos o presente documento.

Goiânia, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) aluno(a)

Assinatura do Presidente da Comissão Bolsa