

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS
MESTRADO E DOUTORADO**

FICHA DE INSCRIÇÃO DOS CANDIDATOS À BOLSA

Nível: Mestrado Doutorado

Nome:.....

Data de nascimento:CPF:.....

Endereço Residencial:

Bairro:..... CEP:

Telefone: Celular:

Endereço Profissional:.....

Telefone: CEP:

Orientador:

CI:..... Expedição:

Data de Ingresso no Curso:.....

E-mail:.....

Ano do fim da Graduação:.....

Banco:.....Nome da Agencia:.....

Código da Agencia:..... Conta:.....

Área de Titulação (graduação).....Ano:.....

IES:.....

Área de Titulação:.....

Atenção: Anexar o resumo do projeto de pesquisa com no máximo 30 mil caracteres.

Conforme as informações do Programa de Pós-graduação sei que terei direito a pleitear uma bolsa, se não estiver exercendo atividade profissional com vínculo empregatício durante toda a vigência da bolsa. Caso o vínculo empregatício venha a ser estabelecido na vigência da bolsa me comprometo a informar o Programa de Pós-graduação para fins de cancelamento.

Ao receber uma bolsa estarei assumindo o compromisso de concluir a dissertação ou tese nos prazos legais estabelecidos pelo Programa. Na impossibilidade de concluir o mestrado ou doutorado estou ciente de que o Programa informará a agência financiadora e esta exigirá o ressarcimento dos valores pagos com juros e correção monetária.

Ao receber a bolsa comprometo-me a exercer atividades vinculadas à dissertação ou tese em dedicação de 40 horas por semana. A realização de qualquer outra atividade não interferirá com as responsabilidades assumidas frente ao Programa.

A seguir, especifico as minhas condições atuais para preenchimento dos quesitos para solicitação de bolsa:

1) Fontes de renda (inclusive autônomas) atuais:

Local	Rendimentos por Semana	Rendimento Mensal

2) Disciplinas cursadas:

Disciplina	Conceito	Data da realização
Total de créditos		

4) Etapas já concluídas do projeto de pesquisa:

- Fase I: elaboração do projeto Sim Não
Fase II: execução do plano piloto Sim Não
Fase III: coleta de dados Sim Não
Fase IV: reunindo dados e analisando Sim Não
Fase V: redação Sim Não

5) Previsão de data da defesa:

6) Informações adicionais ao Programa:

.....
.....

Nome do aluno:

Data:/...../.....

Assinatura

Testemunha:

Data:/...../.....

Assinatura

OBS.A assinatura do aluno deve ser reconhecida em cartório.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul Programa de Apoio à Pós-Graduação-PROF/CAPES

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____, aluno(a) regularmente matriculado(a) no Programa de Pós-Graduação em _____, residente e domiciliado na Rua _____, nº _____, Apto. _____, na cidade de _____, Estado _____, CEP _____, portador do CPF nº: _____, contemplado(a) com bolsa de _____, a partir de _____/_____/_____ (mês/ano), comprometo-me a:

1. Dedicar-me integralmente ao curso;
2. Se possuir vínculo empregatício, estar liberado, sem vencimentos, das atividades profissionais;
3. Não estar aposentado;
4. Carecer, quando da concessão da bolsa, de exercício laboral por tempo não inferior a 10 anos para obter aposentadoria compulsória;
5. Não acumular bolsa deste Programa com bolsa/auxílio de outro programa CAPES, ou de outra Agência de Fomento, de organismo nacional ou internacional;
6. Apresentar à Comissão de Bolsas relatórios com periodicidade anual, no mínimo, sobre o andamento do meu trabalho;
7. Realizar o estágio docente, de acordo com o estabelecido no art. 22 do Regulamento do PROF;
8. Comunicar, imediatamente, à Coordenação do Programa de Pós-Graduação qualquer alteração de natureza incompatível com as normas de concessão da bolsa.
9. Não interromper ou abandonar o curso, antes de apresentar a justificativa e obter, por escrito, autorização prévia da Coordenação do Programa do Programa de Pós-Graduação, sob pena de devolução de todas as parcelas recebidas, em valores atualizados.

Declaro estar ciente de que a bolsa poderá sofrer suspensão ou cancelamento definitivo, caso o meu desempenho não seja considerado satisfatório.

A infração a qualquer dos itens deste compromisso implica em suspensão dos benefícios, acarretando ao bolsista a obrigação de restituir à Instituição toda importância recebida indevidamente em valores reajustados, conforme legislação vigente.

Local e data: _____

Assinatura: _____

Assinatura da Comissão de Bolsas do PPG:
