**TERMO DE COMPROMISSO**

Declaro, para os devidos fins, que eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno (a) devidamente matriculado (a) da Universidade Federal do Espírito Santo no Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde sob o número de matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, em nível de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, informo que tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de beneficiário de bolsa, conforme Regulamento Geral da Pós-Graduação da Universidade Federal do Espírito Santo, Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde e Resolução Interna 005 que trata da distribuição de bolsas no âmbito do PPGNS e, nesse sentido, COMPROMETO-ME a respeitar as seguintes cláusulas:

***I –*** *dedicar-me integralmente às atividades do Programa de Pós-Graduação;*

***II –*** *comprovar desempenho acadêmico satisfatório, consoante às normas definidas pelo Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde da UFES;*

***III –*** *realizar estágio de docência de acordo com o estabelecido no Regimento Interno do PPGNS;*

***IV*** *– apresentar Declaração de Acúmulo para informar eventuais, bolsas, vínculos empregatícios ou outros rendimentos e obter autorização da Comissão de Bolsas e da Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde, antes do início da vigência da bolsa;*

***V-*** *informar à coordenação do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde da UFES, por meio de Declaração de Acúmulo, qualquer alteração referente a acúmulos de bolsas, vínculos empregatícios ou outros rendimentos, para fins de atualização das informações na plataforma de concessão e acompanhamento de bolsas;*

*VI – não acumular bolsa de mestrado e doutorado no País com outras bolsas, nacionais e internacionais, de mesmo nível, financiadas com recursos públicos federais;*

***VII –*** *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.*

A inobservância das cláusulas citadas acima, ou se praticada qualquer fraude pelo(a) beneficiário, implicará no cancelamento da bolsa, com a restituição integral e imediata dos recursos, atualizados de acordo com os índices previstos em lei competente.

*Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Assinatura do(a) beneficiário(a):*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Presidente da Comissão de Bolsas do PPGNS/CCS/UFES

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

Coordenador do PPGNS/CCS/UFES