

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro, para os devidos fins, que eu, _____,
portador do CPF _____, discente devidamente matriculado no Programa de
Pós-Graduação em _____,
Nível _____ sob o número de matrícula _____,
da Universidade Federal de Lavras, tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de bolsista
institucional da UFLA e, nesse sentido, COMPROMETO-ME a respeitar as seguintes cláusulas:

- I – Dedicção integral às atividades do Programa de Pós-graduação;
- II – Ter desempenho acadêmico satisfatório;
- III – Não possuir qualquer relação de trabalho;
- 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.
- VI – Não ser aluno em programa de residência médica;

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 UFLA, pelo período de cinco anos, contados do conhecimento do fato.

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do Orientador: _____

**Assinatura e carimbo do Coordenador
do Programa de Pós- Graduação:** _____

Assinatura do Bolsista: _____