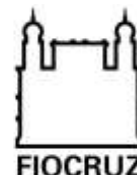




TERMO DE COMPROMISSO DE BOLSA AUXÍLIO



Declaro, para os devidos fins, que eu, _____, CPF _____, aluno(a) devidamente matriculado(a) no **Programa de Pós-Graduação em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas** sob o número de matrícula _____, em nível de _____, do **Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas – INI/Fiocruz**, tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de beneficiário de bolsa, conforme regulamento vigente do Programa de Demanda Social – DS, **Portaria nº 76, de 14 de abril de 2010**, e nesse sentido, COMPROMETO-ME a respeitar as seguintes cláusulas:

- I. Dedicar-me integralmente às atividades do Programa de Pós-graduação;
- II. Quando possuir vínculo empregatício, estar liberado das atividades profissionais e sem percepção de vencimentos;
- III. Comprovar desempenho acadêmico satisfatório em consonância com as normas definidas pelo Programa de Pós-Graduação;
- IV. Não possuir qualquer relação de trabalho com a instituição promotora do Programa de Pós-Graduação.
- V. Realizar estágio docente de acordo com o regulamento específico de cada programa. Art. 18 da Portaria nº 76 da CAPES;
- VI. Não ser aluno em programa de residência médica;
- VII. Quando servidor público, somente os estáveis poderão ser beneficiados com bolsas de mestrado e doutorado, conforme disposto no art. 318 da Lei 11.907, de 02 de fevereiro de 2009;
- VIII. Os servidores públicos beneficiados com bolsas de mestrado e doutorado deverão permanecer no exercício de suas funções, após o seu retorno, por um período igual ao de afastamento concedido (§ 4º, art. 96-A, acrescido pelo Art. 318 da Lei nº 11.907, de 02 de fevereiro de 2009 que deu nova redação à Lei 8.112, de 11 de dezembro de 1990);
- IX. Ser classificado no processo seletivo especialmente instaurado pela promotora do curso;
- X. Fixar residência na cidade onde realiza o curso;
- XI. 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 ainda, com o exercício profissional remunerado com empresa pública ou privada,
- XII. 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;
- XIII. Assumir a obrigação de restituir todos os recursos recebidos pela **Fiocruz/CAPES**, na hipótese de interrupção do estudo, salvo se motivada por doença grave devidamente comprovada;

E deverá obrigatoriamente fazer referência ao apoio recebido nos trabalhos produzidos ou publicados em qualquer mídia que decorram de atividades financiadas integral ou parcialmente pela CAPES (Portaria Nº 206 de 04/09/2018) ou FIOCRUZ.

A inobservância das cláusulas citadas acima, e/ou se praticada qualquer fraude pelo (a) beneficiário, implicará 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 **Fiocruz/CAPES**, pelo período de até cinco anos, contados do conhecimento do fato.

Local e data: _____

Assinatura do (a) beneficiário de bolsa: _____

Coordenador (a) do Programa de Pós-Graduação	Orientador (a)
_____ Carimbo e assinatura	_____ Nome e assinatura