**TERMO DE COMPROMISSO DE BOLSISTA**

EU, (**NOME DO ALUNO**), discente regularmente matriculado(a) no PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS JURÍDICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (PPGCJ/UFPB), nível de MESTRADO/DOUTORADO, sob o número de matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de nacionalidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente à Rua/Av.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº\_\_\_\_\_\_

na cidade de João Pessoa-PB, ciente das obrigações inerentes à qualidade de beneficiário de bolsa. **DECLARO**:

1. Não possuir relação de trabalho com a promotora do programa de pós-graduação;
2. Não estar aposentado ou em situação equiparada;
3. Não acumular a percepção da bolsa com qualquer modalidade de auxílio ou bolsa de outro programa da CAPES, ou de outra agência de fomento pública nacional;
4. Se possuir vínculo empregatício, estar liberado das atividades profissionais sem percepção de vencimentos;

E comprometo-me a:

1. Dedicar-me integralmente ao programa acima referido;
2. Manter e comprovar desempenho acadêmico satisfatório, consoante com as normas definidas pela instituição promotora do curso;
3. Realizar estágio docente de acordo com o regulamento específico do programa e da CAPES
4. Comunicar imediatamente à Coordenação do programa de pós-graduação qualquer alteração de natureza incompatível com as normas de concessão da bolsa;
5. Não interromper ou abandonar o programa de pós-graduação antes de apresentar a justificativa e obter, por escrito, autorização da Coordenação do programa ao qual estou vinculado.

A inobservância dos requisitos citados acima ou a prática de qualquer fraude pelo (a) bolsista, 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 CAPES, pelo período de cinco anos, contados do conhecimento do fato.

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação** | **Representante da Comissão de Bolsas** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Carimbo e assinatura | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Carimbo e assinatura |