**ANEXO I - EDITAL DPG Nº 05/2016**

|  |
| --- |
| **FORMULÁRIO DE PEDIDO DE BOLSA CAPES/DEMANDA SOCIAL** |
|  |
| **1. DADOS GERAIS:** |
| **Nome do Programa:** Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde |
| **Nome do (a) Orientador (a):** |
| **Nome do (a) Candidato (a):** |
| **Ano de ingresso:** |
| **CPF:** |
| **Endereço:** |
| **Telefone: Email:** |
| **Dados bancários (exclusivo Banco do Brasil):** Agência: Conta corrente: |
| **Bolsas que o candidato já utilizou:**Nível: Agência financiadora: Inicio e término (mês/ano): Nível: Agência financiadora: Inicio e término (mês/ano):  |
|  |
| Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito a minha inscrição para concorrer a bolsa Capes/DS no Programa de Mestrado em Ciências da Saúde, referente ao Edital Nº 001/2016-PPGCS. **Declaro para os devidos fins, que li e concordo com os termos da legislação:** 1) Portaria Capes nº 76, de 14 de abril de 2010 e Edital DPG Nº 05/2016; 2) Das implicações previstas caso apresente documentação falsa, no descumprimento das regras ou na perda dos prazos. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Assinatura do (a) candidato (a)** |
|  |
| Eu, Prof. (a) Dr. (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito a concessão de bolsa Capes/DS para o (a) mestrando (a) acima citado (a), cujo desenvolvimento do projeto de pesquisa está sob a minha orientação. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Assinatura do (a) orientador (a)** |
|  |
| **2. DOCUMENTOS ANEXOS A SOLICITAÇÃO:** |
| ( ) RG ( ) CPF ( ) Comprovante de residência ( ) Termo de compromisso( ) Outros. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| **3. PARECER DA COORDENAÇÃO DO PROGRAMA:** |
| **Local e data:** | **Assinatura:** |
|  |
| **4. PARECER DA COMISSÃO DE BOLSAS:** |
| **Local e data:** | **Assinaturas:** |

**ANEXO II - EDITAL DPG Nº 05/2016**

DECLARAÇÃO DE NÃO POSSUIR VÍNCULO EMPREGATÍCIO OU OUTRA MODALIDADE DE BOLSA

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (nacionalidade) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (profissão) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (endereço) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno (a) devidamente matriculado (a) no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, área de concentração \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sob o número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, em nível de mestrado, da Universidade Federal do Amapá, declaro, para os devidos fins, não possuir qualquer vínculo empregatício ou usufruir de qualquer outra modalidade de bolsa durante o período de vigência da bolsa pleiteada a partir do Edital Nº 001/2016-PPGCS. Declaro ainda que estou ciente de que o não cumprimento deste termo implica no cancelamento da bolsa concedida.

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

***Local de data:***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**ANEXO III - EDITAL DPG Nº 05/2016**

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro, para os devidos fins, que eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (nacionalidade) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (profissão) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (endereço) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno (a) devidamente matriculado (a) no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, área de concentração \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sob o número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, em nível de mestrado, da Universidade Federal do Amapá, tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de bolsista CAPES/Demanda Social, e nesse sentido, COMPROMETO-ME a respeitar as seguintes cláusulas:

I – dedicação integral às atividades do Programa de Pós-graduação;

II – comprovar desempenho acadêmico satisfatório, consoante as normas definidas pela entidade promotora do curso;

III – 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;

IV – não possuir qualquer relação de trabalho com a promotora do programa de pós-graduação;

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, excetuando-se:

a) os bolsistas da CAPES, matriculados em Programas de Pós-graduação no país, selecionados para atuarem como professores substitutos nas instituições públicas de ensino superior, com a devida anuência do seu orientador e autorização da Comissão de Bolsas CAPES/DS do Programa de Pós-graduação, terão preservadas as bolsas de estudo;

b) conforme estabelecido pela Portaria conjunta Nº 01 CAPES/CNPq, de 12/12/2007, os bolsistas CAPES, matriculados em Programas de Pós-graduação no país, poderão receber bolsa da Universidade Aberta do Brasil – UAB, quando atuarem como tutores. Em relação aos demais agentes da UAB, não será permitido o acúmulo dessas bolsas.

VI – não ser aluno em programa de residência médica;

VII – ser classificado no processo seletivo especialmente instaurado pela promotora do curso;

VIII – realizar estágio docente de acordo com o regulamento específico de cada programa CAPES.

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

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

***Local de data:***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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