DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DAS OBRIGAÇÕES INERENTES A BOLSA CAPES/DS

Declaro, para os devidos fins, que eu, ---------------------------------------, brasileira, casada/solteira, CPF nº ----------------------------, Residente Rua --------------------------------------------, Bairro--------------------------------------------------- na cidade de -----------------------------------------------------, aluna/o devidamente matriculada/o no Programa de Pós-graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade, em nível de mestrado, da Universidade Federal de São Carlos, tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de bolsista CAPES, 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 possuir vínculo empregatício, estar liberado das atividades profissionais sem percepção de vencimentos;

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, ou de outra agência de fomento pública nacional;

VI – não ser aluno em programa de residência médica;

VII – não se encontrar aposentado ou em situação equiparada;

VIII - carecer, quando da concessão da bolsa, do exercício laboral por tempo não inferior a dez anos para obter aposentadoria compulsória;

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

X – 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 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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_