

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO BOLSISTA

Eu, _____, CPF n° _____, aluno(a) regularmente matriculado(a) no **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF)** da Universidade _____, na qualidade de bolsista do referido programa, declaro estar ciente e comprometo-me a cumprir os seguintes deveres:

1. Prestar e manter atualizadas todas as informações cadastrais e acadêmicas junto ao **PPGENF**, fornecendo qualquer documento ou informação adicional solicitada pela Coordenação ou pelo órgão de fomento;
2. Informar imediatamente qualquer alteração em minha situação acadêmica, funcional ou financeira que possa impactar o recebimento da bolsa, incluindo acúmulo de benefícios, inatividade acadêmica ou exercício de atividade remunerada;
3. Nos casos de acúmulo de bolsa com atividade remunerada ou outros rendimentos, declaro os seguintes vínculos empregatícios e/ou fontes de renda adicionais:
 - Instituição/Empregador: _____
 - Função exercida: _____
 - Valor recebido mensalmente: R\$ _____
 - Carga horária semanal: _____ horas

Declaro estar ciente de que o descumprimento de qualquer uma das condições acima estabelecidas pode acarretar a suspensão ou cancelamento da bolsa, bem como a obrigação de devolução dos valores recebidos indevidamente, nos termos das normas institucionais e da legislação vigente.

Por ser verdade, firmo a presente declaração para os devidos fins.

Montes Claros / MG, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Bolsista: _____

Assinatura do(a) Orientador(a): _____

Nome do(a) Orientador(a): _____