**ANEXO III**

**TERMO DE COMPROMISSO PAPG**

Declaro, para os devidos fins, que eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nacionalidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, profissão\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, endereço\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) devidamente matriculado(a) no Curso/Área \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sob o número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, em nível de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, da Fundação Universidade Federal do Pampa, tenho ciência das obrigações inerentes à percepção de auxílio financeiro, 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 do auxílio Pós-Graduação com qualquer modalidade de auxílio ou bolsa de agência de fomento pública nacional;

VI – não ser aluno em programa de residência médica;

VII – não me encontrar aposentado ou em situação equiparada;

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

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

X – não ter pendências relativas a bolsas da UNIPAMPA concedidas durante a graduação.

A inobservância dos requisitos citados acima, e/ou se praticada qualquer fraude pelo(a) beneficiário, implicará(ão) o 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 novos benefícios, pelo período de cinco anos, contados do conhecimento do fato.

Assinatura do Beneficiário:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Assinatura da Comissão responsável pela Concessão do Auxílio:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_