

Programa Nacional de Pós-Doutorado

Anexo II.b - Portaria nº. 086 de 03 de julho de 2013

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro, para os devidos fins, que eu,

_____, CPF _____, pesquisador de pós-doutorado
vinculado ao Programa de Pós-Graduação em

da
Universidade/Fundação/Instituto/Associação/Escola/Faculdade _____,

tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de beneficiário de bolsa, aprovada conforme o art. 5º, inciso V, alínea "b" do regulamento vigente do Programa CAPES/PNPD e, nesse sentido, COMPROMETO-ME a respeitar as seguintes cláusulas:

- I – possuir o título de doutor, quando da implementação da bolsa, obtido em cursos avaliados pela CAPES e reconhecidos pelo CNE/MEC;
- II – apresentar curriculum vitae atualizado na Plataforma Lattes do CNPq ou, se estrangeiro, modelo de Currículo (Anexo III da Portaria CAPES/MEC nº. XXX/2013), histórico de registro de patentes e/ou publicação de trabalhos científicos e tecnológicos de impacto e/ou prêmios de mérito acadêmico;
- III – não ser aposentado ou estar em situação equiparada;
- IV – ser brasileiro residente no exterior ou estrangeiro sem vínculo empregatício;
- V - comprovar endereço residencial no exterior no momento da submissão da proposta, se estrangeiro residente no exterior;
- VI- elaborar Relatório de Atividades Anual a ser submetido à aprovação do Programa de Pós-Graduação e encaminhar Relatório Final em até 60 (sessenta) dias após o encerramento da respectiva bolsa;
- VII – restituir à CAPES os recursos recebidos irregularmente, quando apurada a não observância das normas do PNPD, salvo se motivada por caso fortuito, força maior, circunstância alheia a sua vontade ou doença grave devidamente comprovada e fundamentada, acarretando a impossibilidade de receber benefícios por parte da CAPES, pelo período de até cinco anos, contados do conhecimento do fato. A avaliação dessas situações fica condicionada à aprovação pela Diretoria Executiva da CAPES, em despacho fundamentado.

Assinatura _____ **do(a)** _____ **beneficiário** _____ **de**
bolsa: _____

Local e data: _____

Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação _____ Carimbo e assinatura	Representante da Comissão de Bolsas Capes _____ Nome e assinatura
--	---