



TERMO DE CIÊNCIA DAS NORMAS DE CONCESSÃO E CANCELAMENTO DAS BOLSAS E DECLARAÇÃO DE FONTES DE RENDIMENTO

Declaro, para os devidos fins, que eu, _____, CPF _____, aluno(a) devidamente matriculado(a) na Universidade Federal de Santa Maria, no Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, sob o número de matrícula _____, em nível de _____, informo que:

Estou ciente e de acordo com as normas de concessão e cancelamento de bolsas descritas no documento “Política de Concessão de Bolsas PPGCO”.

Meu projeto/dissertação/tese, em comum acordo com meu(minha) orientador(a) _____, melhor se enquadra na linha de pesquisa de:

- Biomateriais
 Epidemiologia

Ademais, declaro que:

- Não possuo vínculo empregatício ou outras fontes de rendimentos.
 Não possuo vínculo empregatício, mas possuo outras fontes de rendimentos.
 Possuo vínculo empregatício.
 Possuo vínculo empregatício e outras fontes de rendimentos.

Desta forma, manifesto que pretendo cursar o Mestrado/Doutorado com:

- Dedicção exclusiva.
 Dedicção parcial, dedicando em média _____ horas semanais ao curso, conciliando-o com atividades laborais complementares/outras fontes de rendimentos com vínculo ou não. Sendo assim, comprometo-me a atender prioritariamente as atividades previstas no curso de pós-graduação, tendo em vista que o acúmulo não exime o beneficiário de cumprir com suas obrigações junto ao programa de pós-graduação e às agências de financiamento da bolsa.

Por fim, reitero que ao assinar este documento, além de garantir a veracidade das informações acima apresentadas, comprometo-me a informar imediatamente a Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas em caso de mudança do quadro apresentado. Essa notificação se dará por e-mail para “ppgodonto@ufsm.br”.

Santa Maria, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do(a) Discente

Assinatura do(a) Orientador(a)

Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação

Assinatura