



Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

**ANEXO IV - DECLARAÇÃO ACEITE DOS TERMOS DO EDITAL E TERMO DE COMPROMISSO
COM O PPGCS**

Declaro ter conhecimento de que a posição que eventualmente eu venha a conquistar no processo classificatório para distribuição de bolsa de estudo pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PPG-CSAU) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), em nenhuma instância, pode ser interpretada como garantia de concessão da referida bolsa.

Em caso de concessão de bolsa:

1. Estou ciente de que a distribuição será de acordo com o ordenamento no processo classificatório em questão. Ainda, declaro que estou ciente do formato das etapas do processo classificatório.
2. Estou ciente que se não conseguir entregar toda a documentação exigida para implantação da bolsa no prazo, incluindo diplomas ou documentos equivalentes de conclusão, cairei de posição a lista de espera para implementação.
3. Me comprometo a me dedicar ao PPGCSAU (40 h semanais). Ao receber a bolsa assumirei o compromisso de concluir o Doutorado no prazo (48 meses).
4. Estou ciente de que na impossibilidade de concluir o Curso ou abandono o Programa informará a agência financiadora e esta exigirá o ressarcimento dos valores pagos com juros e correção monetária.

Porto Alegre, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do candidato
Assinada eletronicamente (Gov.br)
<https://www.gov.br/governodigital/pt-br/identidade/assinatura-eletronica>