**ANEXO 5**

**TERMO DE COMPROMISSO**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Portador do RG nº.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, órgão expedidor\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e CPF Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matriculado no Programa de Pós-Graduação\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, da Universidade Federal do Oeste da Bahia, tenho ciência das obrigações inerentes à cota de bolsa do Programa Institucional de Apoio ao Estudante de Pós-Graduação *stricto sensu* da UFOB – (PAEPG -UFOB), conforme estabelece o Edital nº 04/2021 - PROPGP/UFOB, e nesse sentido, comprometo-me a respeitar as seguintes cláusulas:

I - dedicar-me integralmente às atividades do Programa de Pós-Graduação;

II - comprovar aprovação em todas as disciplinas do Programa de Pós-Graduação ao qual estou matriculado.

III - não acumular a percepção de bolsas de fomento, sejam elas da UFOB ou de quaisquer agências nacionais, estrangeiras ou internacionais.

IV - não compartilhar e/ou o repassar parcial ou integralmente o valor da bolsa ao Programa de Pós-Graduação, uma vez que se destina à minha utilização pessoal enquanto estudante bolsista.

V - citar o vínculo de bolsista do Programa Institucional de Apoio ao Estudante de Pós-Graduação da UFOB nas publicações e nos trabalhos apresentados em congressos, seminários, eventos e similares, cujos resultados sejam vinculados às atividades do Programa de Pós-Graduação ao qual estou matriculado.

VI - apresentar mensalmente, com assinatura do orientador ou coordenador do Programa, Ateste de Frequência que comprove a minha presença nas atividades relacionadas à pesquisa na pós-graduação.

VII - assumir a obrigação de restituir os valores despendidos com bolsa, caso venha a ser desligado e/ou não cumpra as atividades inerentes ao Programa de Pós-graduação, de acordo com o estabelecido na resolução CONEPE n°004/2018, exceto se motivada por caso fortuito, força maior, circunstância alheia à vontade ou doença grave devidamente comprovada.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

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

Assinatura do Bolsista