



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO



FORMULÁRIO DE CANDIDATURA À BOLSA DE ESTUDO

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|-----|-------------------|------------------|----------|-------|-------|---|--|--|
| Nome: | | | | | | | | | | | |
| Data de nascimento: | | | | Matrícula: | | | | Sexo: | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | |
| Endereço: | | | | | | | | Nº: | | | |
| CEP: | | | | Cidade: | | | | | UF: | | |
| Fone para contato: | | | | | Celular: | | | | | | |
| E-mail: | | | | | | | | | | | |
| Identidade: | | | | | Órgão expedidor: | | | | | | |
| CPF: | | | | | Passaporte: | | | | | | |
| Banco: | | | Nº: | | | Agência: | | | Conta-corrente | | |
| Nível: | <input type="checkbox"/> MESTRADO <input type="checkbox"/> DOUTORADO | | | | | | | | | | |
| Possui vínculo empregatício: | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | | | | | | | | | |
| Tipo de empregador: | <input type="checkbox"/> IES <input type="checkbox"/> Funcionário Público (Federal, Estadual, Municipal) <input type="checkbox"/> Empresa | | | | | | | | | | |
| Tipo de afastamento: | <input type="checkbox"/> INTEGRAL <input type="checkbox"/> PARCIAL | | | | | | | | | | |
| Categoria funcional: | <input type="checkbox"/> DOCENTE <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> RECÉM-GRADUADO | | | | | | | | | | |
| Situação salarial: | <input type="checkbox"/> COM SALÁRIO <input type="checkbox"/> SEM SALÁRIO | | | | | | | | | | |
| Tempo de serviço: | | | | | | | | | | | |
| Maior nível de titulação: | | | | Ano de Conclusão: | | | País: | | | | |
| IES/ÁREA da titulação: | | | | | | | | | | | |
| COMISSÃO DE BOLSAS (NÃO PREECHER) | | | | | | | | | | | |
| Concessão: | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | | | | | | | | | |
| _____ Assinatura do(a) Aluno(a) | | | | | | | | | | | |
| DOCUMENTOS NECESSÁRIOS: CÓPIAS: COMPROVANTE RESIDÊNCIA, CPF, IDENTIDADE, CTPS. | | | | | | | | | | | |
| Data: ____/____/200__ | | | | | | | | | | | |

Assinatura do(a) Presidente da Comissão de Bolsas

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro, para os devidos fins, que eu,

brasileiro(a), profissão, endereço, nº, Bairro, cidade/estado, CEP, portador(a) do CPF nº, aluno(a) devidamente matriculado no Curso/Área, matrícula nº, em nível de Mestrado/Doutorado, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de bolsista CAPES, 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 da bolsa com qualquer modalidade de auxílio ou bolsa de outro programa da CAPES, ou de outra agência de fomento pública nacional;

VI – não ser aluno em programa de residência médica;

VII – não se encontrar aposentado ou em situação equiparada;

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

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

X – realizar estágio docente de acordo com o regulamento específico de cada programa CAPES.

A inobservância dos requisitos citados acima, e/ou se praticada qualquer fraude pelo(a) bolsista, implicará(ão) no 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 benefícios por parte da CAPES, pelo período de cinco anos, contados do conhecimento do fato.

Natal/RN, ____/____/200__.

Assinatura do(a) bolsista

Assinatura da Comissão responsável pela Bolsa CAPES