CHAMADA PÚBLICA 11/2018 - PROGRAMA DE BOLSAS DE MESTRADO (ACORDO Capes/FA)

Anexo II - Formulário de Cadastramento de Bolsista no País

*Instruções para o preenchimento do Formulário:*

1. *Todos os campos são obrigatórios, exceto os marcados com asterisco (\*);*
2. *O não preenchimento de qualquer campo implicará na não implementação da bolsa;*
3. *O formulário deverá ser enviado por correio (endereço no fim deste anexo) até, no máximo, o dia 15 do mês de início da vigência da bolsa - formulários postados após o dia 15 serão implementados no mês seguinte, sem a possibilidade de pagamento retroativo;*
4. *Uma cópia digitalizada do formulário preenchido deverá ser encaminhada ao e-mail projetos@fundacao araucaria.org.br – indicando o Programa / Edital a que se refere, no assunto;*
5. O envio do documento digital não garante a implementação da bolsa.

|  |
| --- |
| I. Dados do Projeto |
| Programa/Edital: |
| Título da Dissertação ou Tese: |
| Orientador do projeto: |
| E-mail do orientador: |
| Nome da Instituição (IES): |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| II. Dados do Bolsista | | | | | |
| Nome: | | | | | |
| CPF: | RG: | | | | Nascimento: |
| Nacionalidade:  Brasileira  Estrangeira\* | | | Sexo:  masculino  feminino | | |
| E-mail: | | | | | |
| Telefone para contato: (     ) | | | | | |
| **\*Se estrangeiro:**  Visto permanente  SIM  NÃO - Tipo: | | | | Passaporte nº: | |
| País: | |
| Possui vínculo empregatício:  SIM\*  NÃO | | | | | |
| **\*Se possui:**  Tipo de empregador:  IES no país  órgão público ou entidade  empresa  outros | | | | | |
| Empregador: | | | | | |
| Categoria funcional:  docente  não docente | | | | | |
| Tipo de afastamento:  integral  parcial  sem afastamento | | | | | |
| com salário  sem salário | | Tempo do afastamento: | | | |
| Maior nível de titulação obtido: | | | | Ano de titulação: | |
| IES de titulação: | | | | País: | |

|  |  |
| --- | --- |
| III. Dados bancários do bolsista (o bolsista deverá ser o titular da conta): | |
| Banco – Nome/nº: | |
| Agência – Nome/nº: | Conta corrente nº:      - |

|  |  |
| --- | --- |
| IV. Dados do Curso | |
| Nome da Instituição de execução do projeto: | |
| Programa de Pós-Graduação: | |
| Matrícula no PPG (mês/ano): | Previsão de conclusão (mês/ano): |

|  |  |
| --- | --- |
| V. Dados da Bolsa | |
| Início da bolsa (mês/ano): | Duração (meses): |
| Modalidade da bolsa: | mestrado  doutorado |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| VI. Bolsas anteriores | | | |
| *Agência financiadora* | *Nível* | *Início (mês/ano)* | *Término (mês/ano)* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| VII. Termo de compromisso | |
| *Declaro, para os devidos fins, que tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de bolsista Capes e, nesse sentido, COMPROMETO-ME a respeitar as seguintes cláusulas:*   1. *dedicação integral às atividades do programa de pós-graduação;* 2. *comprovar desempenho acadêmico satisfatório, consoante as normas definidas pela entidade promotora do curso;* 3. *não possuir qualquer relação de trabalho com a instituição promotora do programa de pós-graduação;* 4. *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;* 5. *não se encontrar aposentado ou em situação equiparada;* 6. *carecer, quando da concessão da bolsa, do exercício laboral por tempo não inferior a dez anos para obter aposentadoria compulsória;* 7. *ser classificado no processo seletivo especialmente instaurado pela promotora do curso;* 8. *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 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.*  *Tenho ciência que a bolsa será implementada respeitando regras da Fundação Araucária previstas nesta Chamada Pública.* | |
| *Data e assinatura do bolsista* | *Assinatura e carimbo do Orientador* |

|  |
| --- |
| VIII. Declaração |
| *Declaro estar de acordo com as informações prestadas no item III e estar ciente do vínculo empregatício do bolsista, informado no item II, e que a atividade remunerada desenvolvida pelo bolsista está relacionada à sua área de atuação e é de interesse para sua formação acadêmica, científica e tecnológica.* |
| *Assinatura e carimbo do Coordenador do Programa de Pós-Graduação* |

*Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CII/CGPE/DPB/Capes*

*SBN Quadra 02 bloco L lote 6 – 9º andar*

*CEP* 70040-020 – Brasília – DF