

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CAERÁ**

**FACULDADE DE MEDICINA**

**NÚCLEO DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO DE MEDICAMENTOS**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TRANSLACIONAL**

**TERMO DE COMPROMISSO BOLSISTAS FUNCAP**

Eu NOME ALUNO, Matrícula: XXX, RG: XXX, SSP: XXX, CPF: XXX, aluno regularmente matriculado no Curso de MESTRADO/DOUTORADO do Programa De Pós-Graduação em Medicina Translacional (PGGMDT) da Universidade Federal do Ceará, declaro, para os devidos fins, não ter vínculo empregatício/funcional, nem possuir atividade remunerada na presente danta, assumindo o compromisso de dedicação exclusiva ao Programa de Pós-Graduação.

Declaro, ainda, estar ciente de que o não cumprimento deste termo, implicará em suspensão imediata da bolsa.

Fortaleza,\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ .

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

Assinatura do(a) bolsista