



## **TERMO DE COMPROMISSO**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_, aluno regularmente matriculado no Curso de  
MESTRADO/DOCTORADO em \_\_\_\_\_ da UNIVERSIDADE  
\_\_\_\_\_, declaro, para os devidos fins, não ter vínculo  
empregatício/funcional, nem possuir atividade remunerada, 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 20\_\_+.

\_\_\_\_\_  
NOME DO ALUNO