



TERMO DE CIÊNCIA DAS NORMAS DE CONCESSÃO E CANCELAMENTO DAS BOLSAS E DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES REMUNERADAS

Declaro, para os devidos fins, que eu, _____, CPF _____, aluno(a) devidamente matriculado(a) na Universidade Federal de Pelotas, no Programa de Pós-Graduação em Odontologia, sob o número de matrícula _____, em nível de _____, informo que:

Estou ciente e de acordo com as normas de concessão e cancelamento de bolsas descritas no documento “Instrução Normativa de Bolsas do PPGO”.

Declaro que, no caso de concessão da bolsa:

- Não desenvolvo atividades remuneradas e/ou outras fontes de rendimentos.
 Possuo atividades remuneradas e/ou outras fontes de rendimentos.

Desta forma, manifesto que minha dedicação ao curso será em regime de:

- Dedicção exclusiva.
 Dedicção parcial, dedicando no mínimo 20 horas semanais presenciais ao curso, conciliando-o com atividades laborais complementares/outras fontes de rendimentos com vínculo ou não. Sendo assim, comprometo-me a atender prioritariamente às atividades previstas no curso de pós-graduação, tendo em vista que o acúmulo não exime o beneficiário de cumprir com suas obrigações junto ao programa de pós-graduação e às agências de financiamento da bolsa.

Por fim, reitero que ao assinar este documento, além de garantir a veracidade das informações acima apresentadas, comprometo-me a informar imediatamente a Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Odontologia em caso de mudança do quadro apresentado. Essa notificação se dará por e-mail para “secretariappgo@gmail.com”.

Pelotas, ____ de _____ de 2026.

Assinatura eletrônica do(a) discente via gov.br