



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO - SED  
Diretoria de Educação Superior - DIES  
Rua Antônio Luz, 111, Sala 605- 6º andar - Centro  
CEP 88.010-410 – Florianópolis/SC

## TERMO DE COMPROMISSO

Declaro, para os devidos fins, que eu, \_\_\_\_\_, Identidade nº \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, aluno(a) devidamente matriculado(a) no Curso/Área \_\_\_\_\_, em nível de \_\_\_\_\_ na Instituição: \_\_\_\_\_, com sede na cidade de \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_, tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de bolsista do FUMDES, e nesse sentido, COMPROMETO-ME, caso seja selecionado, a respeitar as seguintes cláusulas:

I – não receber, durante a vigência da bolsa do presente programa, outra modalidade de bolsas oriundas de recursos públicos;

II – cumprir o regulamento da instituição na qual está matriculado;

III – durante a realização do curso e vigência da bolsa, apresentar à SED, semestralmente, comprovante de matrícula e documento comprobatório de aprovação nas disciplinas curriculares e de satisfatório desempenho acadêmico, e durante a fase de trabalho de conclusão, atestado de desempenho acadêmico, pelo Coordenador do Curso;

IV – Ao término do curso e vigência da bolsa, apresentar à SED, em cópia magnética (CD-ROM) do trabalho de conclusão de curso, de acordo com o previsto no projeto do curso;

V - restituir à SED, nas mesmas condições em que foi beneficiado, acrescido de juros e atualização monetária, os valores correspondentes a todos os benefícios recebidos relativos à bolsa nos seguintes casos:

- a) Não cumprimento do compromisso firmado junto ao programa de Bolsas de Pesquisa e Extensão do FUMDES,
- b) Por desistência do curso sem justificativa aceita pela Comissão “Ad Hoc”.

A inobservância dos requisitos citados acima, ou a prática de qualquer fraude pelo (a) bolsista, implicará no cancelamento imediato da bolsa, conforme previsto no art. 11, do anexo I, do Decreto N° 2.672, de 05 de outubro de 2009, publicado no Diário Oficial do Estado N° 18.704 e ainda na impossibilidade de receber benefícios do FUMDES, pelo período de cinco anos, a contar da data da comprovação do fato.

**Assinatura do(a) bolsista:** \_\_\_\_\_

**Local de data:** \_\_\_\_\_

**Assinatura da Comissão responsável pela Bolsa FUMDES:** \_\_\_\_\_