TERMO DE COMPROMISSO

Declaro, para os devidos fins, que eu, _____, CPF_____, aluno(a) devidamente matriculado(a) no Curso/Unidade Acadêmica _____ sob o número de matrícula _____, da Universidade do Estado do Amazonas - UEA, tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de beneficiário de bolsa, conforme estabelecido em planejamento vigente frente a coordenação local do Programa **PróInovalab Laboratório de Anatomia ESA 2026**, e nesse sentido, COMPROMETO-ME a respeitar as seguintes cláusulas:

I – Desempenhar ações consoantes às normas definidas pelo Programa de **PróInovalab Laboratório de Anatomia ESA 2026** no âmbito da Universidade do Estado do Amazonas;
II – quando beneficiário de bolsa do respectivo Programa dedicar-me integralmente às atividades planejadas pela Coordenação Local de cada Unidade conforme planejamento prévio em cada unidade;
III- participar de processos de formação, designadas pela Coordenação do Pró-Inovalab, para qualificação no desempenho das atividades;
IV- participar das reuniões de acompanhamento dos bolsistas com a Coordenação do Pró-Inovalab.
V- quando beneficiário de bolsa assinar frequência mensalmente na Unidade atuante Programa de Pró-Inovalab cumprindo 12 horas semanais conforme o turno optado;
VI- entregar ao Coordenador Local da Unidade Acadêmica, no início de cada período a confirmação de matrícula;
VII- entregar relatório semestral de suas atividades ao Coordenador Local para ser anexado ao SISPROJ;
VIII - não acumular a bolsa com qualquer modalidade de auxílio ou bolsa de outro programa da Instituição de Ensino, ou de outra agência de fomento pública nacional ou internacional, ou ainda, com o exercício profissional remunerado;
IX – se servidor público, demonstrar regularidade do afastamento do exercício do cargo, salvo se conciliáveis as atividades do curso com a jornada laboral;
X – assumir a obrigação de restituir todos os recursos recebidos do Programa **PróInovalab Laboratório de Anatomia ESA 2026**, na hipótese de não cumprir integralmente as atividades planejadas pela coordenação local de cada Unidade seja da capital ou do interior, salvo se motivada por doença grave devidamente comprovada.

A inobservância das cláusulas citadas acima, e/ou se praticada qualquer fraude pelo(a) beneficiário, implicará(ão) no cancelamento da bolsa, com a restituição integral e imediata dos recursos, de acordo com o que for planejado por cada Unidade previstos em calendário acadêmico, acarretando ainda, a impossibilidade de receber benefícios por parte do Programa, por qualquer período contados do conhecimento do fato.

Assinatura do(a) beneficiário (de bolsa):_____

Local e data: _____

Coordenador(a) Local do Programa* PróInovalab Laboratório de Anatomia ESA 2026 E*SA 2026
Nome

CADASTRO

MONITOR (A):

TELEFONE:

CELULAR:

E-MAIL:

DECLARAÇÃO DE NÃO-ACUMULAÇÃO DE BOLSA PELO ALUNO-BOLSISTA

Declaro para os devidos fins que eu, _____matrícula nº._____, não acumulo, no mesmo período, recebimento de bolsa de qualquer natureza.

Manaus, _____ de _____ 2026.

_____

Assinatura do aluno-bolsista

DECLARAÇÃO DE SERVIÇO AS HORAS-SEMANAIS PELO ALUNO-BOLSISTA

Declaro para os devidos fins que eu, _____ _____ , matrícula n. _____ que atuarei no Projeto de Concessão de Bolsas a Discente, junto ao Programa PRO-INOVALAB ESA 2026/2027 nas seguintes horas semanais _____.

Manaus, _____ de _____ 2026.

_____

Assinatura do aluno-bolsista