ANEXO I

TERMO DE COMPROMISSO DO BOLSISTA INDÍGENA OU QUILOMBOLA

Declaro para os devidos fins que eu, _____, _____ (nacionalidade), domiciliada em _____(endereço), _____(CEP), detentor do Registro Geral _____(nº do RG), do Cadastro de Pessoa Física nº _____ (nº do CPF), filho (a) de _____ (nome da mãe), aluno(a) devidamente matriculado(a) no curso _____ (nome do curso de graduação) e matriculado sob o número _____ (número de matrícula) em nível de graduação da Universidade Federal da Fronteira Sul tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de bolsista do Programa de Bolsa Permanência, e nesse sentido, COMPROMETO-ME a respeitar todas as condições previstas na Portaria de criação do Programa e das demais normas que venham a substituir ou complementar a legislação vigente e DECLARO que:

I – Não ultrapasso dois semestres do tempo regulamentar do curso de graduação em que estou matriculado para me diplomar;

II – Responderei civil, administrativa e criminalmente pelas informações prestadas, inclusive no âmbito do sistema de informação do programa e AUTORIZO o FNDE a bloquear ou estornar valores creditados em minha conta-benefício, mediante solicitação direta ao Banco do Brasil S/A, ou proceder ao desconto nos pagamentos subsequentes, nas seguintes situações:

1) ocorrência de depósitos indevidos;
2) determinação do Poder Judiciário ou requisição do Ministério Público;
3) constatação de irregularidades na comprovação do meu desempenho acadêmico;
4) constatação de incorreções nas minhas informações cadastrais como bolsista.

OBRIGO-ME ainda a, no caso de inexistência de saldo suficiente na conta-benefício e não havendo pagamentos futuros a serem efetuados, restituir ao FNDE, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento da notificação, os valores creditados indevidamente ou objeto de irregularidade constatada.

A inobservância dos requisitos citados acima, e/ou se praticada qualquer fraude pelo(a) bolsista, implicará no cancelamento da bolsa, com a restituição integral e imediata dos recursos, de acordo com os índices previstos em lei competente, acarretando ainda, a impossibilidade de receber benefícios por parte de qualquer órgão vinculado ao Ministério da Educação, pelo período de cinco anos, contados do conhecimento do fato.

Assinatura do(a) bolsista:_____

(Local e data): _____, _____ de _____de _____.