# ANEXO VII

Termo de Outorga para Concessão de Auxílio Financeiro:

# EDITAL DE FOMENTO À INTERNACIONALIZAÇÃO DA PÓS-GRADUAÇÃO E MOBILIDADE INTERNACIONAL DE PESQUISADORES(AS) DO IFPE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TIPO DE AUXÍLIO  (alinhado com a tipologia do Plano de Trabalho) | | | | PESQUISA ( ) INOVAÇÃO ( ) | | | | | | | | |
| TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA/INOVAÇ ÃO DESENVOLVIDO NA  PÓS-GRADUAÇÃO: | | | |  | | | | | | | | |
| *CAMPUS* DO/A BENEFICIÁRIO/A: | | | |  | | | | | | | | |
| **1- SOLICITANTE – Dados Cadastrais** | | | | | | | | | | | | |
| CPF: | | | NOME COMPLETO (sem abreviaturas): | | | | | | | | | |
| DATA DE NASC.: | | | SEXO: M F | | IDENT. (RG): | | | ÓRGÃO EMISSOR: | | | UF: | DATA DE EMISSÃO: |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL: | | | | | | | | | | | | |
| CEP: | CIDADE: | | | | | | UF: | | DDD: | FONE: | | |
| E-MAIL: | |  | | | | | | | | | | |
| REGIME DE TRABALHO (se  for docente): | | 20h ( ) 40h ( ) DE ( ) | | | | | Cargo: | | | | | |
| **DADOS BANCÁRIOS DA CONTA ESPECÍFICA E VINCULADA NO BANCO DO BRASIL** | | | | | | | | | | | | |
| BANCO: | | | Nº DA AGÊNCIA: | | | Nº DA CONTA (em nome do/a pesquisador/a) | | | | | | |
| **2- FORMAÇÃO ACADÊMICA/TITULAÇÃO DO/A BENEFICIÁRIO/A** | | | | | | | | | | | | |
| TÍTULO DE MAIS ALTO NÍVEL OBTIDO: | | | | | | | | | | | | |
| Graduação ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ÁREA DO TÍTULO: | PAÍS: | | | ANO CONCLUSÃO: |
| INSTITUIÇÃO DE OBTENÇÃO DO TÍTULO: | | | | SIGLA: |
| **3. TERMO DE CONTRATO/COMPROMISSO DO/A SOLICITANTE** | | | | |
| Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações por mim prestadas e declaro, para todos os fins de direito, conhecer as normas gerais fixadas pelo IFPE pertinentes à concessão do apoio financeiro concedido, sujeitando me, inclusive, à legislação pertinente. | | | | |
| LOCAL | | DATA  / / | ASSINATURA | |

**ANEXO TERMO DE OUTORGA (CONTINUAÇÃO)**

**Os campos a seguir serão preenchidos pelo IFPE.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. CONCESSÃO DO BENEFÍCIO** | | | | | | |
| CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA | | **NAT. DESPESA** | **FONTE RECURSOS** | | **Nº NE** | **VALOR** |
|  |  | |  |  |
|  | | T O T A L: | | | |  |
| **Período para utilização do Auxílio/Vigência:** De / / a / / O/A beneficiário/a somente poderá utilizar os recursos deste Termo de Outorga para a finalidade aprovada. | | | | | | |
| **ÁREA TÉCNICA** | | | **ORDENADOR DE DESPESA**  (reitor/a, no caso de edital sistêmico, e diretor/a-geral, no caso de edital do *campus*) | | | |
| Solicitamos a aprovação para concessão do auxílio financeiro ao beneficiário a ser concedido nos valores descritos acima. | | | Autorizo a Concessão. | | | |
| Em  / / | Nome/Assinatura | | Em  / / | Nome/Assinatura | | |

Tenho ciência:

1. de que o prazo para recebimento e utilização do auxílio financeiro começa a vigorar a partir da data da assinatura deste Termo de Outorga, devendo os recursos serem executados no período constante no documento na aba **“Período para utilização do auxílio/vigência”**;
2. das disposições legais e dos procedimentos para a adequada utilização de recursos financeiros e para a correta prestação de contas.

Declaro ainda que li e aceitei integralmente os termos deste Termo de Outorga, comprometendo-me a cumpri-los fielmente, não podendo, em nenhuma hipótese, deles alegar desconhecimento.

( ) Aceito ( ) Não Aceito