

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, regularmente matriculado(a) no Programa de Pós-Graduação em Biologia Celular Aplicada da **Universidade de Pernambuco (UPE)**, na condição de discente bolsista, DECLARO, sob as penas da lei:

1. Que **não possuo vínculo empregatício** com instituições públicas ou privadas;
2. Que **não recebo qualquer outra forma de remuneração regular**, seja proveniente de atividade profissional, estágio remunerado, aposentadoria, pensão, ou qualquer outro benefício de natureza continuada;
3. Que tenho ciência de que, conforme as normas do Programa e da Universidade de Pernambuco (Resolução CEPE 116/2023), **é vedado o acúmulo da bolsa com qualquer outra fonte de renda**;
4. Que **me comprometo a comunicar imediatamente** à Coordenação do Programa qualquer alteração na minha condição financeira ou vínculo profissional que possa interferir na manutenção da bolsa.

Declaro, ainda, estar ciente de que apresentar declaração falsa ou omitir informações relevantes configura crime, nos termos do art. 299 do Código Penal Brasileiro, sujeito às sanções cabíveis:

**Art. 299** - Código Penal: Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante. Pena: reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Declaro, por fim, estar ciente de que o não cumprimento das condições acima poderá acarretar o cancelamento da bolsa e a devolução dos valores recebidos indevidamente, além das sanções administrativas e legais cabíveis.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente Termo de Responsabilidade.

Local: \_\_\_\_\_

Data: / /

Assinatura do(a) Discente