

DECLARAÇÃO PRÉVIA PARA CONCESSÃO DE BOLSA À PÓS-DOCTORANDOS
RESOLUÇÃO CONSU Nº 265/2025

Eu, _____, Matrícula nº _____, na qualidade de Pós-Doutorando (a), conforme previsto no artigo 9º da Resolução CONSU nº 265/2025, para exercer atividades mediante recebimento de bolsa ou RPA no seguinte programa, projeto ou ação da Unifesp:

(Informar nº do processo / Unifesp ou FapUnifesp / Título do Programa, Projeto ou Ação / Descrição da Bolsa ou RPA / Valor Mensal / Carga Horária Semanal / Coordenador (a) Responsável).

DECLARO QUE:

a) Respeitarei a carga horária máxima de 40 (quarenta) horas semanais dedicadas às atividades de bolsista na Unifesp ou FapUnifesp, incluindo nessa carga horária as atividades pagas por meio de retribuição pecuniária provenientes de projetos acadêmicos de prestação de serviços, cursos, eventos e outros programas, projetos ou ações da Unifesp;

b) A atribuição desempenhada mediante recebimento da bolsa será por tempo determinado, conforme disposto no programa, projeto ou ação;

c) Não sou servidor (a) da Unifesp, pois pós-doutorandos (as) servidores (as) da Unifesp devem preencher e assinar declaração e autorização específica que atendam a todos os requisitos previstos para os (as) servidores (as) da Unifesp.

d) Tenho conhecimento da Resolução CONSU nº 265/2025 que dispõe sobre a concessão de bolsas de pesquisas e extensão na Unifesp.

e) Atualmente desenvolvo as seguintes atividades de bolsista na Unifesp e atividades pagas por meio de retribuição pecuniária (RPA) provenientes de projetos acadêmicos de prestação de serviços, cursos, eventos e outros programas, projetos ou ações da Unifesp:

(Listar abaixo: nº do processo / Unifesp ou FapUnifesp / Título do Programa, Projeto ou Ação / Descrição da Bolsa ou RPA / Valor Mensal / Carga Horária Semanal / Coordenador (a) Responsável).

1. _____

2. _____

f) Declaro ainda para os devidos fins de direito, sob as penas da Lei, que **li e aceitei integralmente os termos deste documento, comprometendo-me a cumpri-los fielmente, não podendo em nenhuma hipótese, deles alegar desconhecimento.**

DATA: ____/____/____.

Assinaturas:

Nome Completo e Assinatura do (a) Pós-Doutorando (a).

CIENTE:

Nome Completo e Assinatura do (a) Coordenador (a) do Programa, Projeto ou Ação.