**ANEXO III - TERMO DE OUTORGA**

Edital Proaf 16/2023 – UFSB: Universidade Promotora de Saúde

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº de Matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na condição de estudante de graduação solicito inscrição no processo seletivo **UFSB: Universidade Promotora de Saúde**. Se selecionada/o, comprometo-me a utilizar o subsídio recebido exclusivamente para financiamento e realização de ações ou projetos Promotores de Saúde.

Declaro conhecimento dos termos previstos nos Editais da Pró-Reitoria de Ações Afirmativas – PROAF, comprometo-me a cumprir as exigências estabelecidas, bem como responsabilizo-me pelas informações prestadas e documentações apresentadas durante e posterior ao processo seletivo. Estou ciente que devo:

1. manter-me de acordo com os critérios estabelecidos pelo respectivo edital;
2. manter-me matriculada/a no quadrimestre **2023.3** em no mínimo, 2 (dois) Componentes Curriculares;
3. não repassar o benefício a outra/o estudante;
4. comunicar qualquer alteração de sua situação socioeconômica, e/ou familiar, incluindo seleção em programas de estágio remunerado ou similar, através do **Anexo A;**
5. comunicar quaisquer alterações de telefones e endereços residenciais/eletrônicos, solicitações de licença de saúde ou atividade domiciliar, através do **Anexo A**;
6. atender às convocações da PROAF relacionadas ao Programa de Apoio à Permanência;
7. em caso de desistência ou trancamento de matrícula antes da execução da proposta, solicitar por escrito o cancelamento do benefício, por meio do envio do **Anexo B**;
8. apresentar rendimento acadêmico equivalente a nota 6,0, em, pelo menos, 60% dos componentes curriculares em que estiver inscrita/o;
9. Realizar prestação de contas que comprove a execução da proposta de promoção de saúde planejada, caso obtenha o incentivo financeiro da Universidade Federal do Sul da Bahia.

Declaro, também, a veracidade dos documentos entregues, e comprometo-me com o envio de informações e documentações complementares que forem solicitadas pela PROAF.

**E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Tel.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| DADOS BANCÁRIOS  Indicar as informações bancárias da conta onde deseja receber o subsídio. A conta deve estar ativa e em seu nome. Não aceitamos contas de conjuntas ou no nome de terceiros. Você deve enviar um extrato bancário atualizado da referida conta juntamente com este termo. |
| Número do CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Agência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dígito: \_\_\_\_\_ Operação: \_\_\_\_\_\_\_  Conta Corrente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dígito: \_\_\_\_\_ |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,* \_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2023.