| **1 – DADOS DO DISCENTE RESPONSÁVEL/BENEFICIÁRIO** |
| --- |
| CPF       | NOME COMPLETO (sem abreviaturas)       |
| Data de ingresso no Mestrado/Doutorado:       | JÁ REALIZOU QUALIFICAÇÃO?: ☐ não ☐ sim |
| E-mail:       | ORIENTADOR:       |

| **AUXÍLIO FINANCEIRO**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA/UFMT (2025) |
| --- |
| **ATIVIDADE (ESPECIFICAR O LOCAL, DISCIPLINA E DATA DE REALIZAÇÃO/PUBLICAÇÃO)** |
| **TÍTULO DO PROJETO/Dissertação ou tese em andamento** |
| **OBJETIVO DA ATIVIDADE (no máximo 200 palavras):**  |
| **JUSTIFICATIVA DA ATIVIDADE (no máximo 200 palavras):**  |
| **CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DE ATIVIDADES E PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS (no máximo 200 palavras)**:  |
| **POSSUI BOLSA** **☐ não** **☐ sim** |

| **PLANO DE APLICAÇÃO (PREENCHER COM VALOR TOTAL PREVISTO)** |
| --- |
| **TIPO DE DESPESA** | **VALOR SOLICITADO (R$)** | **VALOR APROVADO (preenchido pela Comissão de Avaliação)** |
|  |  |  |
| **TOTAL CUSTEIO** |  |  |

| **3. DECLARAÇÃO** |
| --- |
| Ao enviar este documento à Coordenação do Programa, o BENEFICIÁRIO DECLARA FORMALMENTE:1. Conhecer o Regulamento que disciplina as condições gerais que regem o presente Termo;
2. Subscrever e concordar integralmente com o Regulamento;
3. Saber que os recursos serão liberados em função de suas disponibilidades orçamentárias e financeiras;
4. Que deverá utilizar os recursos de acordo com o estabelecido no Plano de Aplicação aprovado;
5. Que deverá prestar contas sobre o uso do recurso, anexando os documentos que forem solicitados (certificados, notas fiscais, dentre outros) **após a execução da atividade, enviando o relatório de prestação de contas no Processo em que fez a solicitação**
6. Que está sujeito às condições contidas na legislação correlata que rege a execução de Auxílios e instrumentos congêneres, no que couber;
7. Que tem ciência de que esta declaração é feita sob pena da incidência dos artigos 297-299 do Código Penal Brasileiro sobre a falsificação de documento público e falsidade ideológica, respectivamente.
 |
| **ASSINATURA DO SOLICITANTE** **ASSINATURA DO ORIENTADOR** |

**Os campos a seguir serão preenchidos pela Comissão de Avaliação dos Projetos de Pesquisa**

| **4 – CONCESSÃO DO BENEFÍCIO** |
| --- |
|  |  **NATUREZA DESPESA** | **VALOR** |
| **CLASSIFICAÇÃO****ORÇAMENTÁRIA** | Diárias |  |
|  | T O T A L |  |  |  |
| **Vigência:** | Início: \_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| **PARECER DA COMISSÃO** |