



FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE BOLSISTA

DADOS DO BOLSISTA				*Campos obrigatórios	
1. Instituição (nome e sigla)*					
2. Tipo do curso*			<input type="checkbox"/> Curso Especial de Primeira Licenciatura <input type="checkbox"/> Curso Especial de Segunda Licenciatura <input type="checkbox"/> Curso Especial de Formação Pedagógica		
3. Nome do curso* (campo obrigatório para Coordenadores de curso e professores formadores)					
4. Período de vinculação (Dia/Mês/Ano)*					
5. Função no PARFOR - tipo de bolsa*		<input type="checkbox"/> Coord. Geral I <input type="checkbox"/> Coord. Geral II <input type="checkbox"/> Coord. Adjunto I <input type="checkbox"/> Coord. Adjunto II	<input type="checkbox"/> Coord. de Curso I <input type="checkbox"/> Coord. de Curso II <input type="checkbox"/> Coord. Local	<input type="checkbox"/> Professor Formador I <input type="checkbox"/> Professor Formador II	<input type="checkbox"/> Professor Orientador I <input type="checkbox"/> Professor Orientador II <input type="checkbox"/> Professor Supervisor I <input type="checkbox"/> Professor Supervisor II
6. Número do CPF *					
7. Nome completo *					
8. Profissão*					
9. Sexo *			10. Data de nascimento *		
11. N° documento de identificação			12. Tipo documento de identificação *		
13. Data de emissão do documento *			14. Órgão expedidor do documento *		
15. Unidade federativa nascimento			16. Município local nascimento *		
17. Estado civil *		<input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a)	<input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viúvo (a)	<input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> União estável	
18. Nome cônjuge					
19. Nome do pai					
20. Nome da mãe *					
21. N° SIAPE ou Matrícula					
ENDEREÇO PARA CONTATO					
22. Endereço residencial*					
23. Complemento do endereço					
24. Número		25. Bairro		26. CEP *	
27. Unidade Federativa*			28. Município*		
29. Código DDD*		30. Telefone*		31. Telefone celular*	
32. E-mail de contato*					
DADOS DA FORMAÇÃO EM NÍVEL SUPERIOR E DO TEMPO DE EXERCÍCIO NO MAGISTÉRIO SUPERIOR					
33. Titulação*		34. Curso*			
35. Nome da instituição*					
36. Tempo de exercício no magistério superior*:			37. É vinculado a programa de pós-graduação de mestrado ou doutorado?*		
			<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. Qual, se tiver?		
INFORMAÇÕES BANCÁRIAS					
Banco:		Agência do Banco:		N° de Conta Corrente (com dígito verificador- DV):	UF e Município de localização da agência:
Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas são a expressão da verdade e que preencho plenamente os requisitos expressos na Lei 11.273, de 6 de fevereiro de 2006 e suas alterações, da Resolução FNDE nº 13 de 20/05/2010, para o recebimento da bolsa de estudo, bem como estou ciente de que a condição de bolsista não gera vínculo empregatício junto à CAPES e ao FNDE.					

(NOME DA INSTITUIÇÃO)

De acordo:

Assinatura do Bolsista

Assinatura do Coordenador Geral

ANEXO V

TERMO DE COMPROMISSO DO BOLSISTA

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLSISTA			
Nome completo:		CPF:	
Data de nascimento:	Nacionalidade:	UF e Município de Naturalidade:	
RG/Órgão expedidor/Data de expedição:	Estado Civil:	Sexo:	
Nome da Mãe:		Nome do Pai:	
Endereço Residencial:		CEP:	
Telefone:	Celular:	E-mail:	
2. ATUAÇÃO NO PROGRAMA			
IES:		Sigla:	
Curso (somente para coordenadores de curso e professores formadores):		UF e Município de atuação:	
Função: <input type="checkbox"/> Coordenador Geral <input type="checkbox"/> Coordenador Adjunto <input type="checkbox"/> Coordenador de Curso <input type="checkbox"/> Coordenador Local <input type="checkbox"/> Professor Formador I <input type="checkbox"/> Professor Formador II			
3. FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA			
Titulação:	Área:	Tempo de exercício no magistério superior:	
		Tempo de exercício no magistério na educação básica:	
4. INFORMAÇÕES BANCÁRIAS			
Nome do Banco:		Número do Banco:	
Número de Agência:		Número da Conta Corrente (Com dígito verificador):	

TERMO DE COMPROMISSO E ACEITAÇÃO DE BOLSA

Eu (NOME /CPF) _____, doravante denominado **BOLSISTA**, vinculado ao Parfor no período de ____/____ a ____/____ celebro junto à **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES**, o presente **termo de compromisso**, e declaro que:

- I- Não acumularei, durante o período de vinculação acima citado, a bolsa do Parfor com programas do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação – FNDE que tenham por base a Lei nº 11.273/2006, com qualquer outro programa da Capes e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, exceto as previstas em legislação específica e, caso necessário, irei solicitar a imediata suspensão do pagamento da minha bolsa;
- II- Tenho ciência:
 - a) dos direitos e obrigações atribuídas à minha função como bolsista do Parfor e declaro conhecer e atender integralmente às normas estabelecidas no Regulamento do Programa, conforme Portaria nº 82, de 17 de abril de 2017, para a função para a qual fui selecionado;
 - b) que a interrupção das minhas atividades no Programa por qualquer motivo acarretará a suspensão do pagamento;
 - c) que a inobservância das normas do Programa implicará em cancelamento da bolsa e restituição dos recursos recebidos; e
 - d) que a atuação como bolsista no Parfor não gera nenhum tipo de vínculo empregatício.
- III- Fornecerei todas as informações, relatórios e documentos que me forem solicitados durante e após o período de concessão da bolsa.

Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas são a expressão da verdade.

_____, ____/____/____
Local Data

Assinatura do Bolsista