**TERMO DE COMPROMISSO**

Declaro, para os devidos fins, que eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) do Programa de Pós-Graduação em Farmácia da Universidade Federal de Santa Catarina, matrícula número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, em nível de ( ) mestrado / ( ) doutorado, estou ciente dos meus compromissos e obrigações constantes neste Termo de Compromisso e Regimento Interno do Programa, bem como as alterações que este possa sofrer. Comprometo-me a cumprir as atividades e prazos, sempre em acordo e sob o aval do(a) meu/minha orientador(a).

Declaro estar esclarecido e ciente que o não cumprimento das atividades e prazos pode impedir a conclusão do meu curso e até o desligamento deste, e, se detentor de bolsa, a devolução do valor integral recebido.

Florianópolis, \_\_\_/\_\_\_/ 2017.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura