

TERMO DE ANUÊNCIA

Venho, por meio deste, manifestar minha anuênci(a) ao (à) estudante **xxxxxxxxxxxx**, CPF **xxxxxxxxxx**, matriculado (a) no Programa Stricto *Sensu* de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), do Departamento de Enfermagem - Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Estadual de Londrina (UEL), sob o número de **matrícula **xxxxxxxxxx****, nível **xxxxxxxx** a receber bolsa, concedida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) ou outra fonte de fomento externo (atendendo sempre as regras aplicadas pela agência de fomento), (em concomitância com a complementação financeira em função de atividade remunerada referente ao cargo de **xxxxxxxxxxxxxx** em conformidade com a Portaria CAPES Nº 133, de 10 de julho de 2023 e com as regras das agências de fomento concedente e às normas da Comissão de Bolsas do PPGNF/UEL, o qual o estudante poderá exercer atividade profissional como enfermeiro ou docente com até 30 horas/semanais). **(manter este parágrafo apenas para quem tem vínculo empregatício ou pretende ter)**

É vedado ao bolsista acumular bolsa de outro programa da CAPES ou de outra agência de fomento federal, estadual ou municipal, exceto nos casos expressamente autorizados em ato normativo da CAPES mediante requerimento prévio.

Declaro que as atividades desempenhadas são condizentes com a área de atuação e de interesse para formação acadêmica, científica e tecnológica do(a) estudante e que tais atividades são compatíveis com o pleno exercício do curso de Mestrado/Doutorado do PPGNF/UEL. No caso de não conclusão do curso por motivos alheios aos permitidos na Portaria Nº 76, de 14 de abril de 2010, estou ciente da responsabilidade da obrigatoriedade do bolsista no ressarcimento do investimento feito em favor do(a) referido(a) estudante, de acordo com a legislação federal vigente.

Londrina, xxxx de xxxx de XXXX.

Prof. Dr. **xxxxxxxxxxxxxxxxxx**

Assinatura e nome do Orientador