**Orientações\_ DISTRIBUIÇÃO DE BOLSAS - PPgFon UFRN – 2021**

 Para fins de nova distribuição de bolsas do Programa Associado de Pós-graduação em Fonoaudiologia UFPB/UFRN/UNCISAL, a Comissão Própria de Bolsa local da UFRN informa que foi definido pelo colegiado local em 08/04/2021 que **somente os ingressantes do ano de 2021** poderão concorrer a quota de bolsa de estudos disponibilizada ao Programa e vinculada à UFRN no ano vigente. Os candidatos interessados deverão manifestar interesse no ato da matrícula do Programa, de acordo com os seguintes procedimentos:

1. Realizar a matrícula no Programa impreterivelmente no dia 15/04/2021 no período das 14:00 às 16:00.
2. Além dos documentos previstos no edital para a matrícula, deverão entregar o formulário de interesse para bolsas - PPgFon UFRN (anexo I), declaração de veracidade das informações fornecidas na ficha de interesse para bolsas (anexo II) e declaração de que irá fixar residência na região metropolitana da cidade de origem da instituição do seu orientador (anexo III).
3. Para deferimento da manifestação de interesse, os discentes deverão apresentar os documentos originais para autenticação da assinatura pelo secretário ou coordenação local do PPgFon/UFRN, que irá atestar a autenticidade da assinatura por meio de carimbo (anexos II e III) na secretária local do PPgFon, no endereço Rua General Cordeiro de Faria, S/N - Petrópolis, Natal - RN, 59012-570. Prédio ao lado do CCS.

Para a definição da distribuição de bolsas entre os discentes que manifestarem interesse, ficou definido em colegiado local, que será adotada a nota obtida a partir da análise do currículo Lattes, conforme critérios e etapas de divulgação de resultado e interposição de recursos do edital de seleção nº 01/2021.

Profa Dra Eliene Silva Araújo

Prof Dr Hipólito Virgilio Magalhães Junior

Brenda Karla Silva da Cunha (representante discente)

Larissa Mariane Moraes de Andrade Macedo (representante discente)

**Comissão Própria de Bolsa local da UFRN**

**Anexo I. Formulário de interesse para bolsas - PPgFon UFRN**

Eu, , documento de identidade Nº XXXXXXXX, Cadastro de Pessoa Física – CPF Nº XXXXXXXXXX e matrícula Nº XXXXXXXXX, venho, por meio deste, manifestar interesse para concessão de bolsas de estudo do Programa Associado de Pós-graduação em Fonoaudiologia UFRN. Declaro atender aos requisitos exigidos pelo Programa de Demanda Social da CAPES (Portaria CAPES nº 76, de 14 de abril de 2010 e Portaria Conjunta nº 1, de 15 de julho de 2010) e ao disposto na Resolução nº 01/2019 PPgFon de 26 de julho de 2019.

|  |
| --- |
| **Dados pessoais** |
|  |
| Nome: |  |
| Data de nascimento: |  | Estado civil: |  |
| Nacionalidade: |  | Naturalidade: |  |
| Endereço: |  | Número: |  |
| Bairro: |  | Cidade: |  | UF: |  |
| CEP: |  | Celular: |  | Fone: |  |
|  |
| **Dados acadêmicos** |
|  |
| Instituição: UFRN |  |
| Linha de pesquisa: | ( ) Voz e funções orofaciais: aspectos funcionais e fundamentos da reabilitação |
| ( ) Desenvolvimento e reabilitação da audição e linguagem. |
| Orientador(a): |  |

Natal, XXXXXXX de XXXXXXX de XXXX

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

Assinatura do candidato

**Anexo II. Declaração de veracidade das informações fornecidas na ficha de interesse para bolsas PPgFon UFRN.**

**DECLARAÇÃO**

EU, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, documento de identidade Nº XXXXXXXX e Cadastro de Pessoa Física – CPF Nº XXXXXXXXXX, declaro a veracidade das informações por mim fornecidas neste formulário e nos documentos de comprovação, e autorizo a Comissão Própria de Bolsas ou a Coordenação do Programa Associado de Pós-Graduação em Fonoaudiologia UFPB/UFRN/UNCISAL efetuar a verificação dos dados. Declaro ter ciência da minha exclusão no processo de seleção de bolsas do Programa Associado de Pós-Graduação em Fonoaudiologia UFRN na falta de documentos, apresentação de documentos fora do padrão e/ou ilegíveis, preenchimento incorreto do formulário ou desorganização da ordem de apresentação.

Natal, xx de xxxxxx de xxxx.

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

Assinatura do (a) discente (Assinatura com firma reconhecida)

**Anexo III. Declaração de que irá fixar residência na região metropolitana da cidade de origem da instituição do seu orientador**

**DECLARAÇÃO**

Eu, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, documento de identidade Nº XXXXXXXX e Cadastro de Pessoa Física – CPF Nº XXXXXXXXXX, declaro para os devidos fins, que durante o período de vigência da bolsa do Programa Associado de Pós-Graduação em Fonoaudiologia UFPB/UFRN/UNCISAL, fixarei residência na região metropolitana da cidade em que está situada na universidade na qual o meu orientador está vinculado, dedicar-me-ei integralmente ao curso, não acumularei bolsa deste programa com outra e quando possuir vínculo empregatício estarei liberada(o) das atividades profissionais e sem vencimentos.

Natal, xx de xxxxxx de xxxx.

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

Assinatura do (a) discente (Assinatura com firma reconhecida)