**ANEXO V**

**TERMO DE COMPROMISSO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) de RG Nº.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e CPF Nº.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DECLARO que dedicar-me-ei ao Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Rondonópolis, cumprindo todas atividades previstas durante o período de março 2024 a fevereiro 2026.

Estou ciente que minha participação no programa requer dedicação à diversas atividades como aulas teóricas e práticas, seminários, desenvolvimento de pesquisas, elaboração de relatórios, exame de qualificação, elaboração e defesa de dissertação, que poderão ser desenvolvidas em qualquer turno ou dias da semana.

Por ser verdade, firmo a presente.

Rondonópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

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

Assinatura do(a) mestrando(a)