



ANEXO V

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____,
portador(a) de RG N°. _____ e CPF
N°. _____, 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 2025 a fevereiro 2027.

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 2025.

Assinatura do(a) mestrando(a)