**ANEXO IX**

**TERMO DE COMPROMISSO DE PÓS-DOUTORADO**

Processo nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aprovado(a) para participar do Programa de Pós-Doutorado Voluntário do Programa de Pós Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro Oeste, no período entre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro estar ciente das regras do Programa e demais normas universitárias, e comprometo-me a observá-las, de acordo com o estabelecido em Resolução Específica. Declaro, ainda, estar ciente de que o Pós-Doutorado não gera vínculo empregatício com a Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e que possuo meios para me manter durante o período de pós-doutorado, de acordo com o plano de trabalho aprovado.

Local, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pós-Doutorando:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Supervisor: Prof. Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presidente do Conselho da Unidade de Administração Setorial \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Resolução de aprovação nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_