Carta de Responsabilidade de Aquisição de Bolsa de Iniciação Científica

Referente ao: Processo Seletivo de Iniciação Científica - Edital nº 02/2025

Prezados professores e estudantes,

Em conformidade com o Edital nº 02/2025 que rege o Processo Seletivo de Iniciação Científica (IC) da Faculdade de Medicina de Itajubá-FMIT, esta carta visa esclarecer os deveres e responsabilidades relacionados à concessão e manutenção das bolsas de IC.

1. Concessão da Bolsa

As bolsas de Iniciação Científica, no valor de R$187,50 mensais, serão concedidas aos alunos cujos projetos se classificarem do 1º ao 5º lugar no processo seletivo, havendo a designação de um aluno por projeto. A seleção do aluno bolsista será de responsabilidade do Docente Orientador, que formalizará a escolha mediante o presente termo de responsabilidade. As bolsas serão divididas em doze pagamentos sendo: dois pagamentos em 2025/1; seis pagamentos em 2025/2 e quatro pagamentos em 2026/1. Além disso, os orientadores serão remunerados com o equivalente a uma hora/aula por semana, destinada à orientação do projeto. Em caso de desistência de continuidade do projeto, o aluno e/ou professor estarão sujeitos às normas estabelecidas pelo edital e os meses restantes da bolsa não poderão ser repassados a outro discente.

2. Requisitos e Documentação

Para efetivação da bolsa, após a aprovação no processo seletivo, é obrigatório a apresentação do formulário de bolsas, preenchido e assinado, na Secretaria Acadêmica. Os dados fornecidos serão analisados em conjunto com a documentação dos acadêmicos e os resultados divulgados pelo coordenador responsável do Núcleo de Desenvolvimento de Pesquisa - NUP.

3. Manutenção e Renovação da Bolsa

A renovação da bolsa para semestres subsequentes não é automática. É necessário que o discente bolsista submeta nova solicitação a cada semestre ou período de rematrícula. A continuidade do benefício está condicionada à adesão aos termos de manutenção da bolsa.

4. Compromissos dos Beneficiados

Tanto o aluno beneficiado quanto os professores orientadores devem assinar este documento, comprometendo-se a cumprir as responsabilidades estipuladas, incluindo a orientação semanal de uma hora pelo professor ao projeto de pesquisa.

5. Documentação Necessária

Para o aluno: Nome completo, CPF, número de matrícula FMIT.

Para o professor: Nome completo.

Termo de Responsabilidade - Docente Orientador

Eu, [Nome do Docente Orientador], docente da Faculdade de Medicina de Itajubá, declaro, por meio deste termo, minha responsabilidade na realização do projeto [Nome do projeto] de acordo com as normas estabelecidas na política de iniciação científica da Instituição, no edital e na carta de responsabilidade enviada pela Coordenação do Núcleo de Pesquisa. Determino, ainda, a seleção do aluno [Inserir nome do aluno, número de matrícula] como bolsista do projeto. Comprometo-me a selecionar o discente bolsista com base em critérios imparciais, dando o feedback da seleção a todos os discentes participantes do processo. Além disso, assumo o compromisso de dedicar uma hora por semana à orientação do referido projeto, conforme previsto nas normativas institucionais. Em caso de desistência do projeto, comprometo-me a seguir as normas estabelecidas pelo edital e a informar à instituição para as devidas providências.

Assinatura: _____

[Nome do Docente Orientador]

Data: _____

Termo de Responsabilidade - Discente Bolsista

Eu, [Nome do Aluno], portador do CPF [Número do CPF] e matriculado regularmente no curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIT), venho por meio deste termo declarar minha ciência e aceitação das condições e normas estabelecidas para a concessão da bolsa de Iniciação Científica, vinculada ao projeto intitulado [Nome do Projeto]. Comprometo-me a cumprir integralmente as atividades propostas no projeto, bem como a observar as normas e requisitos estipulados na política de iniciação científica da Instituição, no edital e na carta de responsabilidade enviada pela Coordenação do Núcleo de Pesquisa. Comprometo-me, ainda, a seguir as orientações do Docente Orientador designado para o referido projeto.

Estou plenamente ciente de que a bolsa será concedida em 12 parcelas, de acordo com o cronograma estabelecido neste documento. Ademais, reconheço que, em caso de desistência do projeto, estarei sujeito às disposições estabelecidas no referido edital, ficando vedada a transferência dos meses remanescentes da bolsa para outro discente.

Assinatura: _____

[Nome do Aluno]

Data: _____

FMIT | Afya	FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO - FOR			
	VERSÃO: 06	**DATA DA VERSÃO:** 04/05/2021	**CÓD:** FOR.CSC.001	**PÁGINA:** 1 de 1
TÍTULO:	**CONCESSÃO E/OU CANCELAMENTO DE BOLSA/DESCONTO**			

UNIDADE: _____

DADOS DO SOLICITANTE

NOME:			CPF:
ENDEREÇO:			
TELEFONE:	PERÍODO:	MATRÍCULA:	DATA DA SOLICITAÇÃO: / /
CURSO:		❑ SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO	❑ CANCELAMENTO DE BENEFÍCIO

TIPO DE BOLSA/DESCONTO

- ❑ ANTECIPAÇÃO DE MENSALIDADE
- ❑ DESCONTO FAMILIAR
- ❑ INSTITUCIONAL CONDICIONAL
- ❑ MONITORIA
- ❑ OUTROS:
- ❑ CAMPANHA: _____
- ❑ CONVÊNIO: _____

OBSERVAÇÕES:

❑ DESCONTO FAMILIAR/BOLSA IRMÃOS/CONSANGUINIDADE — GRAU DE PARENTESCO:

NOME	CURSO	PERÍODO	MATRÍCULA

NOME DA MÃE: _____

NOME DO PAI: _____

SINALIZE CASO O ALUNO TAMBÉM POSSUA FINANCIAMENTO

❑ FIES ❑ OUTROS FINANCIAMENTOS:_____

OBSERVAÇÕES:

APROVAÇÃO

SOLITAÇÃO DEFERIDA:_____**%** ou VALOR: R$ _____

Nº DAS PARCELAS A SEREM CONTEMPLADAS COM O BENEFÍCIO:_____À _____

DATA DE INÍCIO DA BOLSA: / / DATA DE TÉRMINO DA BOLSA: / /

ID RM:	ID MEDCEL:	ID PARCELA MEDCEL:

SOLICITAÇÃO **INDEFERIDA** (JUSTIFICATIVA):

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL/APROVADOR (**IES**): _____

Afirmo que todos os dados acima estão corretos

LOCAL e DATA:_____

_____

ASSINATURA DO SOLICITANTE

Afya EDUCAÇÃO MÉDICA