Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA COM NORMAS E DIRETRIZES DO PROGRAMA E DAS AGÊNCIAS DE FOMENTO

Na qualidade de candidato a ingresso no Programa de Pós-Graduação em Clínica Veterinária do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia da Universidade de São Paulo, em nível de **_____,** declaro de livre e espontânea vontade que fui devidamente cientificado e estou concorde com as normas diretrizes estabelecidas, sobre:

1. estar ciente e de acordo com o Regulamento do Programa vigente no dia da primeira matrícula no curso e constantes no site do programa (http://sites.usp.br/pcvet/normas);
2. necessidade de matricular-me semestralmente no Programa, independentemente de não estar cursando disciplinas ("matrícula de acompanhamento") sob pena de desligamento automático;
3. a dedicação integral ao Programa quando da obtenção de bolsa pelas agências de fomento, sem qualquer outra vinculação empregatícia remunerada, afora aquelas permitidas (FAPESP, CNPq);
4. as normativas de participação em projetos de pesquisa desenvolvidos pelo orientador, na colaboração em ministração de aulas práticas e em atividades rotineiras do docente;
5. a necessária publicação ou envio para publicação em periódico, indexado e arbitrado, e/ou de apresentação em conclave científico (anais, memórias) de pelo menos um trabalho desenvolvido no período de vinculação com o Programa;
6. a obrigatoriedade de participação em reuniões do corpo discente matriculado no Programa, convocadas pela Comissão Coordenadora.
7. a não concessão automática de bolsas àqueles selecionados.
8. o envio, no prazo estabelecido pela CCP, de dados para confecção do Relatório anual da CAPES/MEC;
9. a manutenção dos endereços de postagem e eletrônico (usp.br) sempre atualizados junto à Secretaria do Programa;
10. Obrigatoriedade da entrega do Protrocolo emitido pela Comissão de Ética no uso de animais no ato da matrícula.

Por estar de pleno acordo, firmo a presente.

São Paulo, ____ de _____ de 20__.

_____

CPF nº. **Assinatura**

Programa de Pós-Graduação em Clínica Veterinária (PCVet)
Departamento de Clínica Médica
Av. Prof. Dr. Orlando Marques de Paiva, 87
Cidade Universitária "Armando de Salles Oliveira"
São Paulo - SP – Brasil - 05508-270

Fone / Fax: +55 11 3091-1330
+ 55-11-3091-1283