



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

## ANEXO 2

### Vice-Presidência de Educação, Informação e Comunicação

#### TERMO DE RESPONSABILIDADE DA/O ESTUDANTE

Nome completo: \_\_\_\_\_  
Matrícula Fiocruz: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

Curso de:

( ) Especialização      ( ) Residência      ( ) Mestrado      ( ) Doutorado

Data de início no curso de pós-graduação: \_\_\_\_\_

Previsão de término do curso: \_\_\_\_\_

Unidade: \_\_\_\_\_

Nome do Curso: \_\_\_\_\_

Comprometo-me a ingressar, frequentar e concluir o curso de inglês para o qual fui selecionada/o, observando a pontualidade e assiduidade compatível com o Programa Formação em Língua Inglesa destinado a estudantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica, sendo sujeita/o ao cancelamento da minha inscrição, fazendo jus à vaga a mim destinada.

DECLARO, sob as penas da Lei, que:

( ) Não possuo emprego nem atividade remunerada;

( ) Possuo hipossuficiência econômica, de acordo com a Lei 13.445 de 2017, para custear curso de inglês particular;

( ) Estou ciente do inteiro teor da Chamada Pública de acesso ao Programa de Formação em Língua Inglesa

DECLARO ainda que me enquadro nas seguintes condições:

( ) Ingressei na pós-graduação por ações afirmativas;

( ) Estrangeiro. País de origem: \_\_\_\_\_

DECLARO a veracidade das informações acima.

AUTORIZO a Fiocruz a realizar o tratamento dos dados pessoais aqui fornecidos para a análise da elegibilidade ao benefício e finalidades de gestão acadêmica, em consonância com as diretrizes da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (Lei no 13.709 de 14 de agosto de 2018).

ESTOU CIENTE de que a Vice-Presidência de Educação, Informação e Comunicação da Fiocruz ou a Direção da unidade de localização do meu curso poderão solicitar a apresentação da minha documentação para fins de comprovação das referidas condições e que, caso eu não a apresente dentro do prazo determinado, ou seja verificada renda per capita superior a 2,0 (dois) salários mínimos, ou mudança nas demais condições de elegibilidade, o recebimento do auxílio será suspenso e eu poderei ser instada/o a devolver recursos recebidos indevidamente.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022

\_\_\_\_\_  
Assinatura da/o estudante