**FORMULÁRIO DE INDICAÇÃO OU SUBSTITUIÇÃO DE BOLSISTAS**

**Instruções de preenchimento:**

1. Este formulário é para bolsistas da Fundação Araucária pagos exclusivamente com recursos do Fundo Paraná, ou seja, programas financiados somente por esta Fundação;
2. Este formulário não deve ser utilizado para substituições de bolsistas de outras instituições ou programas co-financiados;
3. O preenchimento de todos os quadros é obrigatório, exceto quando não aplicável;
4. A falta de dados ou incorreção delas resultará no não recebimento da solicitação ou no indeferimento do pedido;
5. Orienta-se que os coordenadores busquem auxílio da equipe administrativa da instituição convenente para preenchimento;
6. Pedimos que verifiquem a chamada pública a fim de verificar da necessidade do encaminhamento de outros documentos, formulários, declarações, documentos de processo de seleção e planos de trabalhos dos novos bolsistas;
7. Orienta-se aos coordenadores que o período de pagamento dos bolsistas deve estar dentro do prazo de execução;
8. Todas as alterações só poderão ocorrer após a Autorização da Fundação Araucária, portanto, os novos bolsistas devem iniciar seus trabalhos somente após o recebimento do deferimento da presente solicitação de substituição, sendo oportunamente aconselhado que a protocolização do formulário de substituição ocorra no mínimo 15 dias antes da efetiva alteração de bolsistas;
9. O preenchimento deste formulário deve ser eletrônico, deste modo, não serão aceitos pedidos preenchidos a mão;
10. Caso a solicitação seja a indicação de novo bolsista, deixe o quadro 5. Bolsista substituído em branco.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Dados de identificação inicial** | | | | |
| **Instituição: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ - UNESPAR** | | | | |
| Indique qual o instrumento pactuado com sua instituição: | | | | |
| **(X) Convênio** | 242/2023 | **Termo de Colaboração** | |  |
| **Projeto nº:**  PIB2023091000005 | **Coordenadora: Thais Gaspar Mendes da Silva** | | | |
| **Prazo execução:** | 15/08/2023 a 15/08/2024 | **Prazo vigência:** | 15/08/2023 a 15/11/2024 | |
| **Chamada Pública:** | 03/2023 | | | |
| **E-mail:** | projetos.convenios@unespar.edu.br | **Nº SIT** | 60965 | |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Finalidade do pedido** | |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3. Modalidade de Bolsa** | Qtde |  |  |
| PIBIC/PIBIT | 1 | Se tiver indicar prazo – ver CP (ex: até julho 2018) | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4. Histórico de utilização das Bolsas\*** | | | |
| Quotas/Duração/Tempo – de Bolsas | 12 | Quotas já utilizadas de Bolsas |  |
| Saldo de Bolsas para utilização até o prazo de execução do projeto | | |  |

\* Colocar o prazo de duração das bolsas conforme plano de trabalho (ex: 48). Utilizadas são as que já foram pagas anteriormente (ex: 36). Saldo a pagar (ex: 12).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5. Bolsista substituído** | | |
| Nome: | | Início da Bolsa: |
| CPF | E-mail/fone: | Fim da Bolsa: |
| Motivo da substituição: (Se a instituição achar conveniente pode incluir aqui a assinatura de ciência de o bolsista estar sendo desligado) | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6. Dados do Novo Bolsista** | | | | | | |
| Nome: |  | | | CPF | | RG |
| Banco: | Banco do Brasil | AG: |  | Conta nº |  | |
| Valor da parcela da Bolsa a ser paga: | | R$ 700,00 | | Quantidade de parcelas a serem pagas: | | |
| Previsão de início das atividades do bolsista: | | | | Previsão de fim das atividades do bolsista: | | |
| \*O início das atividades do bolsista deve ser somente após a aprovação da Fundação Araucária. Encaminhar os pedidos com no mínimo 15 dias de antecedência. | | | | | | |
| E-mail/Fone: | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **7. Termo de Compromisso do Bolsista** | |
| 7.1 Declaro, para os devidos fins, que tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de bolsista e, neste sentido, COMPROMETO-ME a respeitar as seguintes cláusulas:   1. dedicação integral às atividades do programa/projeto que sou bolsista; 2. comprovar desempenho acadêmico satisfatório, consoante às normas definidas pela entidade promotora do curso; 3. que o recebimento da referida bolsa não gerará qualquer vínculo empregatício com a instituição promotora, com Fundação Araucária e não possuir qualquer relação de trabalho com a instituição promotora; 4. não acumular a percepção da bolsa com qualquer modalidade de auxílio ou bolsa de qualquer outro programa/natureza ou de outra agência pública nacional; 5. não possuir vínculo empregatício enquanto permanecer como bolsista objeto de chamada pública, processo de seleção ou assemelhados; 6. não se encontrar aposentado ou em situação equiparada; 7. carecer, quando da concessão de bolsa, do exercício laboral por tempo não inferior a dez anos para obter aposentadoria compulsória; 8. ser classificado em processo seletivo especialmente instaurado pela instituição promotora; 9. realizar estágio docente de acordo com os regulamentos específicos de cada programa; 10. ciente que somente poderei iniciar minhas atividades de bolsista após a autorização da Fundação Araucária.   7.2 A inobservância dos requisitos citados acima, e/ou se praticada qualquer fraude pelo bolsista, implicará(ão) no cancelamento da bolsa, com a restituição integral e imediata dos recursos, de acordo com os índices previstos em lei contados do conhecimento do fato.  7.3 Tenho ciência que a bolsa será implementada respeitando as regras previstas no Edital, ciente ainda que a implementação da bolsa e percepção dos valores relativos à bolsa somente ocorrerá após a autorização da Fundação Araucária.  Cidade, XX, mês de XXXX. | |
|  |  |
| *Nome*  *Bolsista* | *Nome*  *Orientador(a)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **8. Declaração Institucional** | |
| Declaramos para os devidos fins que o(s) estudante(s) selecionado(s) para participar como bolsista supramencionado(s), não acumulará(ão) bolsa de qualquer outra natureza ou manterão vínculo empregatício enquanto permanecerem bolsistas. | |
|  |  |
| **Thaís Gaspar Mendes da Silva**  **Coordenadora do Projeto** | **Salete Paulina Machado Sirino**  **Responsável pela instituição ou representante** |