**ANEXO 3**

**Declaration of agreement with the rules for foreign visiting professors**

I hereby declare that I am aware and accept the Regulations by CAPES for International Fellowships Abroad (CAPES Act num. 289, 28 December 2018 and related following complementing norms), especially those related to Section II – Obligations by the fellow. I shall not claim ignorance of such regulations.

In addition, I am aware that I shall be included in the CAPES Grant and Fellowship Control System (SCBA - Sistema de Controle de Bolsas e Auxílios) and that I shall justify any expenses according to rules.

Final approval of the proposal does not warrant implementation of the work plan, since this is subject to restrictions due to budget or other major cause limitations.

Execution of the work plan shall occur between \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, making a grand total of  \_\_\_ (\_\_\_\_\_) days.

City, Country, \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Full Name/Signature

**ANEXO 4**

**DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos (o) a pesquisador (a) (**nome do pesquisador**), a desenvolver o seu plano de trabalho (**título do plano apresentado**), que está sob a responsabilidade do (a) proponente/colaborador Prof. (a) (**nome do professor**) cujo objetivo é (**breve objetivo do plano**), nos Programas de Pós-graduação (**nome completo e sigla dos PPGs - mínimo dois**).

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) professor (a) visitante aos requisitos e exigências do Projeto de Internacionalização (PRINT) para recebimento dos benefícios concedidos pela CAPES.

Cidade, \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome/assinatura do/a coordenador/a do PPG 1

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome/assinatura do/a coordenador/a do PPG 2

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome/assinatura do/a professor/a proponente/colaborador/a

**ANEXO 7**

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES**

Nome do/a Professor/a Visitante:

Programa de Pós-Graduação:

Nome do/a Docente proponente:

Breve Descritivo das Atividades Desenvolvidas na Vigência da Bolsa:

Impacto das Atividades acima descritas:

Possíveis desdobramentos futuros:

Cidade, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome/assinatura do/a professor/a proponente

**ANEXO 8 – RECIBO**

**MODELO “A”**

|  |
| --- |
| PROJETO N.º |
| **RECIBO** |
| Recebi da Fundação CAPES/  (Nome do Beneficiário do Auxílio)  a importância de R$       (       ), em caráter eventual e sem vínculo empregatício, a título de       (identificação do serviço/diária/bolsa) no período de   /  /     a   /  /  **VALOR DA REMUNERAÇÃO R$** Deduções (\*) {       R$  **{** **R$**  **Líquido recebido R$** |

(\*) Não se aplica a diárias e sim a serviços prestados por pessoa física quando essa não possuir talonários de Nota Fiscal de Serviços. Só aplicar deduções (INSS, ISS etc.), quando for o caso.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR DE SERVIÇO | | |
| Nome | | CPF |
| Profissão: | RG / Passaporte (se estrangeiro): | |
| Endereço Completo: | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TESTEMUNHAS (na falta dos dados de identificação do Prestador de Serviço) | | | |
| (1) Nome | | CPF | |
| Profissão: | | RG | |
| Endereço Completo: |  | | |
|  | Assinatura | | |
| (2) Nome | | | CPF |
| Profissão: | | | RG |
| Endereço Completo: |  | | |
|  | Assinatura | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ASSINATURAS BENEFICIÁRIO/PRESTADOR DO SERVIÇO** | |
| Atesto que os serviços constantes do  presente recibo foram prestados.  Em   /  /    .  Assinatura do Beneficiário do Auxílio | Por ser verdade, firmo o presente recibo.       ,    de       de  Assinatura do Prestador de Serviço |

**ATENÇÃO**: Utilizar este modelo quando ocorrer pagamento de diárias, bolsas ou remuneração de serviço a pessoas físicas que não possuam talonários de Notas Fiscais de Serviços (**Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Física**).