**termo de aceite/desistência**

À Universidade Federal do Ceará

Programa de Pós-Graduação em Agronomia/Fitotecnia (PPGAF)

**Do Aceite/Desistência**

Eu, nome completo, CPF nº 000.000.000-00, venho perante a Coordenação do Programa, declarar que “aceito/desisto” da vaga conquistada no curso de “Mestrado ou Doutorado” na linha de pesquisa de xxxxx, do Programa de Pós-graduação Agronomia/Fitotecnia através do Processo Seletivo Edital nº 03/2023.

**Da Ciência das Normas Regulamentares do Programa**

✔ Tenho ciência de que estarei sob a égide das Normas Gerais dos Programas de Pós-Graduação Stricto Sensu da Universidade Federal do Ceará. (Resolução nº 17/CEPE, de 4 de dezembro de 2015), do regimento interno do PPGAF e do regimento Geral da Universidade Federal do Ceará.

✔ Tenho ciência de que o orientador possui a decisão sobre o objeto de pesquisa e traça juntamente com o discente o planejamento das atividades acadêmicas até a publicação da dissertação ou tese.

✔ Tenho ciência de que não há possibilidade de mudança de orientador em razão da limitação de professores no Programa e que serei desligado por ausência de orientação no respectivo curso, caso não me adeque na linha de pesquisa que escolhi no ato da inscrição.

✔ Tenho ciência de que não é permitida acumulação de bolsa de estudo com outro recurso de qualquer natureza e que não a receberei se houver o referido acúmulo.

✔ Tenho ciência de que os cursos do Programa são de dedicação exclusiva, não havendo possibilidade de compatibilização entre trabalho e a permanência no curso.

Sem mais,

Cidade, 14 de dezembro de 2023

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

Nome Completo e Assinatura pelo GOV