**TERMO SIMPLIFICADO – SUBSTITUIÇÃO DE COORDENADOR**

|  |
| --- |
| **1 – DADOS DO COORDENADOR SUBSTITUÍDO:** |
| NOME:EDITAL:TÍTULO DO PROJETO:CAMPUS: |
| **JUSTIFICATIVA DA SUBSTITUIÇÃO:** |
| **2 – DADOS DO COORDENADOR SUBSTITUTO / BENEFICIÁRIO** |
| NOME: |
| DATA DE NASCIMENTO: | SEXO:( ) M ( ) F | IDENTIDADE (RG): | ÓRGÃO EMISSOR: | UF:  | Data de Emissão: |
| NACIONALIDADE( ) Brasileiro ( ) Estrangeiro | PAÍS (se estrangeiro):  | N º DO PASSAPORTE (se estrangeiro): | VALIDADE: |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL (RUA/NÚMERO/BAIRRO):   | CEP: |
| CIDADE: | UF:  | DDD: | FONE: | FAX: | E-MAIL:   |
| **2.1 – FORMAÇÃO ACADÊMICA / TITULAÇÃO** |
| TÍTULO DE MAIS ALTO NÍVEL OBTIDO:  |
| ÁREA/SUBÁREA:   | PAÍS:   | ANO INÍCIO:  | ANO CONCLUSÃO: |
| INSTITUIÇÃO:  |
| **2.2 – ATUAÇÃO PROFISSIONAL / LOCAL DE TRABALHO** |
| CAMPUS:  |
| CARGO EFETIVO: | CARGO COMISSIONADO (SE POSSUIR): |
| **3 – PLANO DE APLICAÇÃO (PREENCHER DE ACORDO COM O SALDO DO PROJETO)** |
| **GRUPO/TIPO DE DESPESA** | **VALOR APROVADO** | **SALDO** |
| **DESPESAS DE CUSTEIO\*** |  |  |
| **DESPESAS DE CAPITAL\*** |  |  |
| **TOTAL GERAL\*** |  |  |

**\*** Caso não tenha havido gastos até o momento, preencher com os valores aprovados para o Projeto.

|  |
| --- |
| **4 – DECLARAÇÃO** |
| Ao enviar este documento ao IFSULDEMINAS, o beneficiário declara formalmente:1. Conhecer e concordar integralmente com a Resolução do Conselho Superior (CONSUP) do IFSULDEMINAS que trata do regulamento do Cartão Pesquisador e que rege o presente Termo;2. Ter ciência que os recursos serão liberados pelo IFSULDEMINAS em função da disponibilidade orçamentária e financeira;3. Ter ciência que o Cartão Pesquisador destina-se específica e exclusivamente para gerir os recursos para execução do projeto aprovado;4. Ter ciência que deverá utilizar os recursos de acordo com o estabelecido no Plano de Aplicação aprovado pelo IFSULDEMINAS e dentro do prazo de vigência;5. Ter ciência que, nos casos em que houver remanejamento no mesmo grupo de despesa, deverá ser encaminhado um novo Plano de Aplicação, justificando as alterações propostas, e a despesa só poderá ocorrer após aprovação e comunicação formal do IFSULDEMINAS;6. Cumprir a exigência da Resolução do CONSUP para a concessão do auxílio financeiro a projetos de pesquisa e que não possui pendências, de qualquer tipo, em agências de fomento e no IFSULDEMINAS;7. Ter ciência de que esta declaração é feita sob pena da incidência dos artigos de falsidade documental, em conformidade com o Decreto Lei nº. 2.484, de 7 de dezembro de 1940 e suas alterações, de que dispõe o Código Penal;8. Conhecer, concordar e atender integralmente às exigências do Edital e ao que rege a concessão dos recursos conforme Plano de Aplicação;9. Ter ciência de que o prazo para utilização dos recursos financeiros começa a vigorar a partir da data de liberação do recurso, que será informada por e-mail;10. Aceitar as condições e obrigações estabelecidas neste documento, bem como na Resolução do CONSUP que trata do Regulamento do Cartão Pesquisador e dá o consentimento para o tratamento dos dados pessoais informados para a finalidade do edital, em conformidade com a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, não podendo, em nenhuma hipótese, deles alegar desconhecimento;11. Ter ciência das disposições legais e procedimentos para a adequada utilização de recursos financeiros e a correta prestação de contas em conformidade à Resolução do CONSUP que trata do Regulamento do Cartão Pesquisador. |

*(assinado eletronicamente)*

Nome do pesquisador inicial

*(assinado eletronicamente)*

Nome do pesquisador substituto

*(assinado eletronicamente)*

Nome do coordenador do Núcleo Institucional de Pesquisa e Extensão (NIPE) ou Grupo de Estudos Assistidos em Pesquisa e Extensão (GEAPE)