



ASSOCIAÇÃO CULTURAL E EDUCACIONAL DO PARÁ – ACEPA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ - CESUPA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA- MPCO

ANEXO II

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____,

RG no. _____, CPF _____,

na ocasião de minha matrícula no **PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA - 2018**, do Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA, declaro estar ciente das condições e prazos estabelecidos a seguir e comprometo-me a observá-los, como condição de permanência no Programa e obtenção do título pretendido.

Estou ciente e de acordo com o seguinte cronograma de trabalho:

- a) Cumprimento de Créditos em disciplinas no período de 24 (vinte e quatro) meses a partir do início do programa;
- b) Entrega da versão definitiva do Projeto de Dissertação, para submissão a parecer, conforme data a ser definida pela Coordenação do Programa.
- c) Entrega do Relatório para Exame de Qualificação, conforme data a ser definida pela Coordenação do Programa;
- d) Prazo limite para Defesa da Dissertação, conforme data a ser definida pela Coordenação do Programa.

Declaro, também, minha clareza, concordância e disponibilidade de tempo em relação à conveniência e necessidade de integrar-me às atividades de pesquisa como componente obrigatório de minha formação em nível de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, e emvidarei esforços para contribuir, como estudante, com o bom desempenho do Programa em sua avaliação periódica pelo Ministério da Educação.

Belém (PA), _____ de _____ de 2018.