**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Comprometo-me a comprovar todos os itens de despesa referentes ao auxílio recebido do Programa: Educação (Convênio PROAP 817757).

Declaro que os gastos serão efetuados exclusivamente para o desenvolvimento dos meus estudos de Pós-Graduação.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 201\_\_.

Nome do/a solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF do/a solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº. USP do/a solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unidade: **FE-USP**

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

Assinatura do/a solicitante