**MESTRADO PROFISSIONAL EM PODER LEGISLATIVO**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE DISCENTE EXTERNO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | CPF: |
|  |  |
|  |  |

Com o objetivo de realizar minha matrícula no Mestrado Profissional em Poder Legislativo, **DECLARO QUE**:

* Aceito as condições impostas para cursar o Mestrado Profissional em Poder Legislativo, a ser custeado por mim;
* Estou ciente dos deveres dos discentes, expressos no Regulamento do Cefor e nas normas vigentes do Programa de Pós-Graduação;
* Assumo o compromisso de frequentar as aulas e demais atividades acadêmicas nos dias e horários determinados pela Coordenação de Pós-Graduação do Cefor até a conclusão do curso;
* Comprometo-me a efetuar o pagamento do valor do curso em 24 parcelas mensais, sendo a primeira correspondente à matrícula, conforme disposto no Edital n. 1, de 6/6/2022;
* Estou ciente de que o valor total do curso é de R$ 33.600,00 (trinta e três mil e seiscentos reais), conforme o Edital n. 1, de 6/6/2022;
* Comprometo-me a indenizar a Câmara dos Deputados o montante de 10% (dez por cento) sobre a soma das parcelas vincendas em caso de desligamento ou desistência do curso, e autorizo o desconto em folha de pagamento, na forma da lei, no caso de agente público, conforme dispõe a Portaria-DG n. 177/2020;
* Não me encontro em situação de inadimplência com a Câmara dos Deputados, na forma dos Atos da Mesa n. 76, de 1997, e n. 149, de 2003.

|  |  |
| --- | --- |
| Assinatura: | Data: |
|  |  |

* Preencher, assinar, digitalizar e enviar este documento por e-mail para [copos.cefor@camara.leg.br](mailto:copos.cefor@camara.leg.br). Informar no campo assunto do e-mail: Matrícula aluno regular turma 2023.