**PROCESSO DE INEXIGIBILIDADE DE CHAMADA PÚBLICA 06/2020:**

**REGULAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE INEXIGIBILIDADE DE CHAMADA PÚBLICA 06/2020**

Anexo I - Roteiro Descritivo da Proposta

1. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nome da Instituição:*** |  |
| ***Sigla da instituição:*** |  |
| ***Coordenador:*** |  |
| ***E-mail:*** |  |
| ***Telefones:*** |  |

2. DADOS DA EQUIPE DO PROJETO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nome*** | ***Função*** | ***Instituição*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

3. SÍNTESE DO PROJETO

|  |
| --- |
| *Apresentar síntese do projeto sumarizando a importância, os métodos utilizados e, principalmente, os resultados esperados.* |

4.TERMO DE COMPROMISSO

|  |  |
| --- | --- |
| *Declaro expressamente conhecer e concordar, para  todos os efeitos legais, com as normas gerais de  concessão de auxílio pela Fundação Araucária.* | *Declaro que a presente proposta está de acordo  com os objetivos científicos e tecnológicos  desta Instituição.* |
|  |  |
| ***Coordenador da proposta*** *(Nome e assinatura)* | ***Responsável pela instituição ou representante*** *(Nome, assinatura e carimbo)* |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Local e data*:** |  |

**REGULAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE INEXIGIBILIDADE DE CHAMADA PÚBLICA 06/2020**

**Anexo II - Plano de Trabalho do Bolsista**

1. IDENTIFICAÇÃO

|  |  |
| --- | --- |
| ***Título do projeto****:* |  |
| ***Curso/Programa****:* |  |
| ***Bolsista****:* | (Nome, e-mail, telefones) |

2. PLANO DE TRABALHO

|  |  |
| --- | --- |
| ***Atividades*** | ***Meses*** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| (incluir mais linhas caso necessário) |  |

**3. Declaração**

Declaramos para os devidos fins que o/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, selecionado(a) por esta instituição para participar como bolsista do PROGRAMA WASH NO ESTADO DO PARANÁ, não acumulará bolsa de qualquer outra natureza enquanto permanecer bolsista desta Chamada Pública.

Caso o bolsista possua vínculo empregatício ou estatutário, a percepção do auxílio estará condicionada a autorização do órgão ou autoridade encarregada do controle de sua frequência, a fim de assegurar-se a compatibilidade de horários.

4. TERMO DE COMPROMISSO

|  |  |
| --- | --- |
| *Os abaixo-assinados declaram que o presente Plano de Trabalho foi estabelecido de comum acordo, assumindo as tarefas e responsabilidades que lhes caberão durante o período de realização do mesmo.* | |
|  |  |
| ***Assinatura do Coordenador*** | ***Assinatura do Bolsista*** |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Local e data*:** |  |