**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Comprometo-me a comprovar todos os itens de despesa referentes ao auxílio recebido do Programa PROAP Convênio 817757/38860, bem como devolver o saldo não utilizado dentro do prazo estabelecido por esta Unidade.

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

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2017.

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº USP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura