**Faculdade de Zootecnia e Engenharia de Alimentos**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

 Comprometo-me a efetuar as despesas referentes ao auxílio diário recebido do Convênio 817757/2015, *de acordo com o regulamento vigente do PROAP, bem como prestar contas da realização da viagem e das atividades* dentro do prazo estabelecido por esta Unidade.

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

Pirassununga, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de 20\_\_\_\_\_.

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

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

Nº USP/Matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Assinatura