**Anexo III**

**TERMO DE COMPROMISSO**

PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, confirmo, para fins de participação como Supervisor Acadêmico no Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), junto à Universidade Federal de Lavras (UFLA), enquanto Instituição Supervisora, a veracidade das informações fornecidas no ato de minha inscrição.

Declaro ter interesse, comprometimento e disponibilidade para realizar as atividades requeridas presenciais e à distância nas condições apresentadas, dedicando o tempo necessário para o planejamento e execução das tarefas solicitadas ou por mim elaboradas.

Declaro também estar de acordo e possuir as condições e certificações exigidas para a Supervisão Acadêmica, nos moldes do PMMB, de forma a acompanhar, orientar e avaliar os médicos que a mim forem designados como supervisionados, nos municípios e regiões sob a supervisão da UFLA.

Para a boa realização dessas atividades, comprometo-me, ainda, a estar atento aos comunicados enviados, contatar regularmente o tutor responsável e a cumprir as tarefas a mim designadas dentro dos prazos estabelecidos, além de manter junto à secretaria do PMMB na UFLA meus dados atualizados.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima, firmo a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de dezembro de 2023.

Nome completo do candidato:

Assinatura do candidato:

(conforme documento de identificação)

Número do Registro no CRM (UF):