

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

O abaixo assinado se compromete a manter total sigilo em relação às informações a que tiver acesso na qualidade de membro da banca examinadora constituída para defesa da dissertação intitulada “xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx”, desenvolvida por (nome do aluno), CPF n° xxxxxx, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Imunologia da Universidade Federal da Bahia.

O abaixo assinado compromete-se ainda a usar as informações a que tiver acesso apenas com o propósito de exame da tese, não as revelando a qualquer título ou sob nenhum pretexto a terceiros.

A obrigação de sigilo não prevalece sobre informações que estejam sob domínio público antes da data de assinatura do presente instrumento, ou que se tornarem públicas pelo Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI), ou por instituto competente em âmbito internacional.

O compromisso de sigilo será válido até que os direitos de propriedade intelectual relativos à dissertação tenham sido devidamente protegidos pela UFBA e/ou instituições parceiras em âmbito nacional e internacional.

O descumprimento de quaisquer das obrigações previstas no presente termo sujeita os abaixo assinados às sanções de cunho civil, criminal e administrativo cabíveis, inclusive ação indenizatória aos detentores dos direitos que hajam sido violados.

E, PARA TODOS OS EFEITOS, firma o presente termo na presença das testemunhas abaixo-assinadas.

Salvador, 31 de março de 2023.

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

**Prof. Dr. xxxxxxxxx**

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

**Testemunhas:**

**1)**Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**2)**Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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