**ANEXO VIII**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo IFMG.png | **ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL IFMG**  **2017** |  |

**TERMO DE COMPROMISSO DE ADESÃO**

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matriculado no curso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, modalidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aceito participar do Programa de Assistência Estudantil 2017 do IFMG *Campus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* como beneficiário da modalidade bolsa permanência, fazendo jus o seguinte valor:

( ) Bolsa permanência 01- Valor R$ 400,00 (04 parcelas)

( ) Bolsa permanência 02- Valor R$ 300,00 (04 parcelas)

( ) Bolsa Permanência 03- Valor R$ 200,00 (04 parcelas)

( ) Bolsa Permanência 04- Valor R$150,00 (04 parcelas)

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS BANCÁRIOS** | |
| **Banco:** |  |
| **Agência:** |  |
| **Conta Corrente:** |  |
| **CONTATO** | |
| **Telefone fixo:** |  |
| **Telefone móvel:** |  |
| **E-mail:** |  |

Declaro conhecer as regras do Programa de Assistência Estudantil contidas no Edital nº 02-2017 do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Minas Gerais, ficando ciente que poderei ser acompanhando pelo setor responsável pela Assistência Estudantil, e que sempre que solicitado devo comparecer ao mesmo, ou justificar minha ausência. Qualquer descumprimento às regras implicará no meu desligamento automático.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2017.

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

Assinatura do beneficiário

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

Assinatura do responsável *(caso o beneficiário seja menor de 18 anos)*