

TERMO DE COMPROMISSO DE ADESÃO

Eu _____, CPF _____ matriculado no curso _____ turma _____, aceito participar do Programa de Assistência Estudantil 202_ do IFMG, Campus _____ como beneficiário (a) da modalidade indicada abaixo, fazendo jus ao(s) seguinte(s) valor(es):

() Auxílio Inclusão Digital Emergencial Tipo 1 - Valor R\$100,00 () parcelas

BANCO	
AGÊNCIA	
CONTA CORRENTE/POUPANÇA CAIXA ECONÔMICA	

TELEFONE FIXO: ()	CELULAR: ()	E-MAIL:
-----------------------	-----------------	---------

Declaro conhecer as regras do Programa de Assistência Estudantil contidas no Edital nº ____/202__ do IFMG, e ter ciência de que a destinação do auxílio recebido deve ocorrer de acordo com a finalidade descrita no edital. Declaro, ainda, que serei acompanhado pelo setor de Assistência Estudantil e que, quando solicitado, devo entrar em contato ou justificar a impossibilidade. Qualquer descumprimento às regras implicará no meu desligamento automático.

Assinatura do(a) estudante

Assinatura do responsável (caso o estudante tenha idade inferior à 18 anos)