



MINISTERIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS  
IFMG – Campus Sabará

<b>NOME:</b>	<b>CURSO:</b>
<b>CPF:</b>	<b>DATA:</b> /        / 2024

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO E INTERVENÇÃO EM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF nº \_\_\_\_\_, responsável pelo(a) estudante \_\_\_\_\_, inscrito no CPF nº \_\_\_\_\_, autorizo esse(a) a acessar a quaisquer serviços de atendimento e orientação ao educando que a instituição disponibiliza, a saber, serviços de enfermagem, pedagogia, psicologia e serviço social. Considerando que o(a) aluno(a) tenha autonomia para buscar ou recusar quaisquer tipos de intervenções desses serviços.

O presente instrumento particular de autorização é celebrado em caráter definitivo, irrevogável, obrigando -se as partes por si e por seus sucessores a qualquer título, a integralmente os termos e condições aqui estipuladas.

**Assinatura candidato(a) ou Responsável Legal :** \_\_\_\_\_

**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE**

Como aluno (a) desta Instituição, responsabilizo-me pela dedicação às atividades programadas pela Instituição, comprometo-me a tomar conhecimento de todos os dispositivos do Regimento Interno, Código de Conduta e Disciplina do Corpo Discente deste estabelecimento, bem como respeitá-lo.

Comprometo-me ainda, a indenizar todo e qualquer dano que eu possa vir causar ao patrimônio deste estabelecimento ou de terceiros.

**Assinatura candidato(a) ou Responsável Legal :** \_\_\_\_\_