**ANEXO V - TERMO DE COMPROMISSO DO BOLSISTA**

**EDITAL Nº 01/2023 – COEXT//DEPPIE/CAE – IFPA CAMPUS ÓBIDOS**

**AUXÍLIO ASSISTÊNCIA EXTENSÃO**

|  |
| --- |
| **DADOS DO ESTUDANTE** |
| Nome: |
| Curso:  | Campus:  |
| ID do Currículo Lattes: |
| RG: | Órgão Expedidor:  | Data de Expedição: |
| CPF: | Data de Nascimento: | Sexo: |
| Nacionalidade: | Naturalidade: | Matricula: |
| Nome da Mãe: |
| Nome do Pai: |
| Telefone:  | Celular:  |
| Endereço: |
| CEP: |
| E-mail: |
| **DADOS PARA RECEBIMENTO DO AUXÍLIO** |
| Banco: | Tipo de Conta( ) Corrente( ) Poupança | Agência: | Conta: |
| **( )** Confirmo que desejo receber o auxílio através de Ordem Bancária do Banco do Brasil (marcar essa opção caso não tenha conta bancária em seu nome) |
| Declaro expressamente conhecer e concordar, para todos os efeitos e consequências de direito, com as normas gerais para a concessão de auxílio, fixadas pelo Nº 01/2023 – COEXT//DEPPIE/CAE – IFPA CAMPUS ÓBIDOS e assumo o compromisso de cumpri-las, dedicando-me às atividades de extensão, durante a vigência do auxílio, não podendo, em nenhuma hipótese, delas alegar desconhecimento. Declaro ainda não possuir vínculo empregatício e não receber nenhum outro benefício de bolsa de qualquer natureza.Local e data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Estudante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Responsável legal (quando o estudante for menor de idade) |