**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) | | | | | | | |