

**Ministério da Educação  
Secretaria de Educação Profissional e  
Tecnológica Instituto Federal de Alagoas  
Campus Coruripe**

Anexo VI - Edital Nº 03/2023/DG-IFAL – Campus Coruripe– Política de Assistência Estudantil

**DOCUMENTO A SER PREENCHIDO PELO/A ESTUDANTE CASO SEJA APROVADO/A  
NO RESULTADO FINAL (incluindo os que estão em cadastro de reserva)**

**TERMO DE COMPROMISSO DO PROGRAMA AUXÍLIO PERMANÊNCIA**

Considerando a Regulamentação do Auxílio Permanência no Âmbito do IFAL, eu, \_\_\_\_\_ estudante do IFAL, declaro ter ciência das condições de permanência nos Programas da Assistência Estudantil.

**Tenho ciência que devo:**

- I - possuir frequência mínima de 75% no cômputo geral dos componentes curriculares;
- II - comparecer às reuniões promovidas pela Coordenação de Apoio Acadêmico ou Serviço Social (DPE), quando convocado/a;
- III - manter cadastro de contatos atualizado (WhatsApp, contato telefônico, e-mail) junto à Coordenação de Apoio Acadêmico e SIGAA;
- IV - retornar, **em até 5 dias úteis**, os contatos realizados pela Coordenação de Apoio Acadêmico/Assistência Estudantil do Campus, sob pena de desligamento do programa.

Da mesma forma, estou ciente que devo enviar os **dados da conta bancária, no prazo estipulado no edital**, para receber o pagamento do auxílio. **Também estou ciente que se eu não enviar os dados da conta o pagamento do auxílio será suspenso, salvo nos casos em que eu apresente uma justificativa ao Serviço Social ou a Coordenação de Apoio Acadêmico do Campus sobre a impossibilidade de abrir conta, situação em que o pagamento se dará excepcionalmente por CPF. Caso os dados da minha conta bancária sejam alterados no decorrer do prazo de validade da seleção, eu tenho a obrigação de informar essa alteração** via e-mail da Coordenação de Apoio Acadêmico (CAA), anexando os devidos comprovantes, até o dia 10 de cada mês.

Estou ciente de que os benefícios para os quais fui deferido/a poderão ser **suspensos** ou **cancelados** caso descumpra qualquer artigo do edital ou dos critérios estabelecidos na Política de Assistência Estudantil do IFAL.

**CIENTE DO EXPOSTO, CONFIRMO MINHA ACEITAÇÃO NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL DO IFAL.**

Coruripe - AL, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do/a estudante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável legal (se o/a estudante for menor de 18 anos)