

ANEXO V - TERMO DE COMPROMISSO DO PROGRAMA AUXÍLIO PERMANÊNCIA E PIPAD

(Enviar somente após resultado final)

Considerando a regulamentação dos Programas da Assistência Estudantil, edital Nº 02/2023/DAA/IFAL-CAMPUS MARECHAL DEODORO eu,

_____, estudante do IFAL, declaro ter ciência das condições de permanência no(s) programa(s) em que fui selecionado/a. **Tenho ciência que devo:** **I** - Estar devidamente matriculado; **II** - possuir frequência mínima de 75% no cômputo geral dos componentes curriculares; **III** - entregar os comprovantes de gastos, quando for o caso; **IV** - cumprir o programa de atividades estabelecidas pelo/a professor/a quando for selecionado/a para o PIPAD; **V** - Usar de boa-fé no fornecimento de informações. **VI** - comparecer às reuniões promovidas pelo Serviço Social quando convocado/a; **VII** - Fazer uso responsável dos equipamentos e/ou recursos financeiros concedidos; **VIII** - Acompanhar as comunicações, informações e orientações emitidas pelos canais oficiais do IFAL vinculados ao Campus Marechal Deodoro e à Reitoria; **IX** - Interagir com as atividades propostas pela equipe de trabalho da Assistência Estudantil; **X** - Cumprir as exigências estabelecidas na Política de Assistência Estudantil do IFAL vinculadas ao programa em que fui selecionado/a; **XI** - Informar ao Departamento de Apoio Acadêmico situações de trancamento de matrícula ou desistência do curso; **XII** - Estou ciente de que a bolsa poderá ser suspensa ou cancelada caso sejam descumpridos os critérios estabelecidos na Política de Assistência Estudantil do IFAL. Da mesma forma, estou ciente que devo enviar os meus dados da conta bancária através do formulário eletrônico que consta no edital. Caso não envie os dados bancários no prazo estipulado, estou ciente de que não poderei receber auxílio e/ou bolsa da Assistência Estudantil. Caso os dados da minha conta bancária sejam alterados no decorrer do semestre ou até o prazo de validade da seleção, eu tenho a obrigação de informar essa alteração via e-mail, anexando os devidos comprovantes.

Estou ciente de que a bolsa poderá ser suspensa ou cancelada caso descumpra qualquer artigo deste termo, 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 CAMPUS MARECHAL DEODORO, _____, _____, 2023.

Assinatura da/o Estudante

Assinatura da/o Responsável (Se o/a estudante tiver menos de 18 anos)

*ANEXAR RG DO/A RESPONSÁVEL