

ANEXO V
TERMO DE COMPROMISSO DO PROGRAMA AUXÍLIO PERMANÊNCIA, AUXÍLIO
CONECTIVIDADE E ALUNOS CONECTADOS

(Enviar somente após resultado final)

Considerando a regulamentação do benefício que fui contemplado/a através do edital N° 04/2021/DG/IFAL-CSMC 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, MAS EXCEPCIONALMENTE NO PERÍODO DE ENSINO REMOTO EMERGENCIAL - ERE, A FREQUÊNCIA DO ESTUDANTE SERÁ COMPUTADA A PARTIR DA REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS, SÍNCRONAS OU ASSÍNCRONAS, conforme art. 23, da Seção II, da Resolução nº 50/2020 - REIT;

II - entregar os comprovantes de gastos, quando for o caso;

III - comparecer às reuniões promovidas pelo Serviço Social, quando convocado/a (o estudante deve comparecer, inclusive, às atividades organizadas pela Assistência Estudantil do Campus);

IV - Manter cadastro de contatos atualizado (WhatsApp, contato telefônico, e-mail) junto à Assistência Estudantil do campus;

V - Retornar, em até 5 dias úteis, os contatos realizados, sob pena de desligamento do Programa, caso após 3 tentativas consecutivas e devidamente registradas, não houver retorno do/a estudante;

VI - devolver o tablet ao Ifal, em condições de uso, nos casos de cessão temporária (estudante da série/módulo final ou prática profissional);

VII - devolver o tablet cedido (definitivo ou temporário), em condições de uso, nos casos de abandono de curso, cancelamento ou trancamento de matrícula.

Da mesma forma, estou ciente que devo enviar via formulário eletrônico meus dados de 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 à Coordenação de Apoio Acadêmico/Assistência Estudantil 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 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.

São Miguel dos Campos, _____, _____, 2021

Assinatura da/o Estudante

Assinatura da/o Responsável (Se Necessário)*

***ANEXAR RG DO/A RESPONSÁVEL**