

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/Reitoria, 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.

Viçosa- AL, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do/a estudante

Assinatura do responsável legal (se menor de 18 anos)