

**TERMO DE COMPROMISSO DE ADESÃO**

Eu \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, matriculado no curso \_\_\_\_\_, turma \_\_\_\_\_, aceito participar do Programa de Assistência Estudantil 2017 do IFMG *Campus* Formiga como beneficiário no(s) seguinte(s) auxílio(s):

- Bolsa permanência 01- Valor R\$ 400,00 (\_\_\_ parcelas)
- Bolsa permanência 02- Valor R\$300,00 (\_\_\_ parcelas)
- Bolsa Permanência 03- Valor R\$ 200,00 (\_\_\_ parcelas)
- Bolsa Permanência 04- Valor R\$150,00 (06 parcelas)

DADOS BANCÁRIOS	
<b>Banco:</b>	
<b>Agência:</b>	
<b>Conta Corrente:</b>	
CONTATO	
<b>Telefone fixo:</b>	
<b>Telefone móvel:</b>	
<b>E-mail:</b>	

Declaro conhecer as regras do Programa de Assistência Estudantil contidas no Edital nº 031/2017 do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Minas Gerais, ficando ciente que poderei ser acompanhado pelo setor responsável pela Assistência Estudantil, e que sempre que solicitado devo comparecer a mesmo, ou justificar minha ausência. Qualquer descumprimento às regras implicará no meu desligamento automático.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do beneficiário

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável (*caso o beneficiário seja menor de 18 anos*)