# FICHA DE INSCRIÇÃO PROJETO APRENDIZ 2024

#### SETOR DE INTERESSE:

**HORÁRIO ESCOLHIDO, DE ACORDO COM A DISPONIBILIDADE DE VAGAS:**

**DADOS PESSOAIS**

|  |  |
| --- | --- |
| NOME: | CURSO: |
| EMAIL: | CPF: |
| DATA NASCIMENTO: | TURMA: |
| PROVENIENTE DA CIDADE: | ESTADO CIVIL: |
| TELEFONE DE CONTATO: ( ) | WHATSAPP: ( ) |

**ENDEREÇO:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RUA: | | No.: |
|  | |  |
| COMPLEMENTO: | | BAIRRO: |
| CIDADE: | ESTADO: | CEP: |

## VIDA ESCOLAR HABILIDADES

( ) SIM ( ) NÃO

FOI REPROVADO ALGUMA VEZ DURANTE O CURSO AQUI NO CÂMPUS?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CONHECIMENTOS DE INFORMÁTICA? | ( ) Muito ( ) Bastante ( ) Pouco | | |
| JÁ FOI BOLSISTA EM ALGUM SETOR DO CÂMPUS? QUAL? | | ( ) SIM ( ) NÃO | |
| JÁ TEVE ALGUMA EXPERIÊNCIA DE TRABALHO ANTERIOR? QUAL? | | |  |
| CONHECIMENTOS EM ATENDIMENTO AO PÚBLICO? | ( ) Muito ( ) Bastante ( ) Pouco | | |
| **TEM ALGUMA DAS HABILIDADES ABAIXO:** | | | |
| ( ) EMPATIA | ( ) RAPIDEZ NUMA TOMADA DE DECISÃO | | |
| ( ) CAPACIDADE DE ESCOLHA | ( ) FACILIDADE PARA TRABALHAR EM EQUIPE | | |
| ( ) ABERTURA A MUDANÇAS/INOVAÇÕES | ( ) EQUILÍBRIO EMOCIONAL | | |

São João Evangelista, de de

Assinatura do candidato

#### RECURSO DE REVISÃO DA SELEÇÃO PROJETO APRENDIZ - 2024

**SETOR DE INTERESSE:**

## DADOS PESSOAIS

|  |  |
| --- | --- |
| NOME: | TURMA: |
| EMAIL: | WHATSAPP: ( ) |

Instruções:

1. Caberá ao estudante expor os motivos que o levou a discordar do resultado e justificar todas as situações alegadas.
2. Não serão aceitos recursos fora do prazo estabelecido neste edital.
3. O recurso deverá ser entregue ao Coordenador do setor no qual se candidatou para a vaga.

São João Evangelista, de de

Assinatura do candidato

**TERMO DE COMPROMISSO DE ADESÃO PROJETO APRENDIZ - 2024**

Eu , CPF , matriculado no curso , matrícula , turma , proveniente da cidade: , aceito participar do Projeto Aprendiz referente ao edital / do IFMG *Campus* São João Evangelista:

#### - Projeto Aprendiz no valor de R$200,00/mensais de Abril a novembro/ 2024

Setor de atuação:

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS BANCÁRIOS** | |
| **Banco:** |  |
| **Agência:** |  |
| **Conta Corrente:** |  |
| **CONTATO** | |
| **Celular/WhatsApp:** |  |
| **E-mail:** |  |

Declaro conhecer as regras do Projeto Aprendiz contidas no Edital nº \_\_\_\_\_**/2024** do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Minas Gerais, do setor onde realizarei as atividades, ficando ciente de que qualquer descumprimento às mesmas implicará no meu desligamento automático. Comprometo-me em particpar de projetos, palestras e outros eventos relacionados ao programa, caso solicitado. **Declaro ainda estar ciente que não poderei acumular bolsas de fomento interno ou externo com Projeto Aprendiz (poderá acumular com Pé de meia)** e que o auxílio não gerará nenhum vínculo empregatício com este Instituto. E que estarei atento ao número de faltas injustificadas no setor onde atuo, pois ultrapassando quatro faltas, injustificadas, poderá ser desligado e substituído.

, de de 2024.

Assinatura do beneficiário

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

*Ciente Coordenador do Setor onde atua: Data/Assinatura:*

### PROJETO APRENDIZ – 2024

### RELATÓRIO MENSAL DE ATIVIDADES

Nome do estudante:

Curso: Turma:

Whatsapp: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Setor onde desenvolve as atividades: \_\_\_\_\_

Mês de Referência:

Dia de realização das atividades:

Total de horas realizadas no mês:

Pontos positivos/negativos das atividades desempenhadas no setor:

Comentários do aluno (sugestões, reclamações):

Assinatura do estudante Assinatura do responsável pelo setor Obs.: Entregar este formulário na Sala Serviço Social e/ou CAE até, no máximo, 5º. dia útil de cada

mês.

#### MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS**

**Campus São João Evangelista Direção Geral Departamento de Desenvolvimento Educacional**

Avenida Primeiro de Junho - Bairro Centro - CEP 39705000 - São João Evangelista - MG

- [www.ifmg.edu.br](http://www.ifmg.edu.br/)

# Anexo V

### TERMO DE DESLIGAMENTO PROJETO APRENDIZ - 2024

Eu , matriculado(a) no curso , Turma venho solicitar meu desligamento do Projeto Aprendiz 2024, a partir do dia / / . Os motivos que me fizeram desligar do programa foram os seguintes:

São João Evangelista, de de 2024.

Assinatura do bolsista

Assinatura do responsável (caso o bolsista tenha idade inferior a 18 anos)

*Ciente Coordenador do Setor onde atua: Data/Assinatura:*