**TERMO DE COMPROMISSO ADESÃO**

Eu ,CPF:, Matriculado no curso: , turma:, aceito participar do Programa de Assistência Estudantil 202, do IFMG Campus , como beneficiário da modalidade indicada abaixo, fazendo jus ao seguinte valor:



|  |  |
| --- | --- |
| **CONTATO** | |
| **Telefone fixo**: | **Telefone móvel**: |
| **E-mail:** | |

Declaro conhecer as regras da Política de Assistência Estudantil contidas na Resolução nº 09, de 03 de julho de 2020 e no Edital nº /202 , do Instituto Federal de Educação, Ciência e  Tecnologia de Minas Gerais, *campus*, estando ciente da possibilidade de ser  acompanhado pelo setor responsável pela Assistência Estudantil do *campus*,e de que, sempre que  solicitado(a), deverei entrar em contato ou justificar a impossibilidade. Qualquer descumprimento às regras da Política implicará no meu desligamento automático.



Local: , de de 202\_.



\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do beneficiário

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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