



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO PAULO – *Campus Capivari*
Avenida Doutor Ênio Pires de Camargo, 2971 – São João Batista – Capivari/SP – CEP: 13.360-000 Telefone:
(19)99664-0840

TERMO DE COMPROMISSO E CIÊNCIA

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL – 2.º Semestre 2014

Eu, _____, prontuário
_____ CPF nº _____, residente a rua
_____, nº _____, bairro
_____, cidade _____, CEP
_____, telefone para contato _____ regularmente
matriculado no curso _____, na
modalidade () Integrado () Concomitante/ subsequente () Superior, Módulo () I ()
II () III () IV, turno () vespertino () noturno, aluno(a) contemplado pelo Programa de
Assistência Estudantil 1.º semestre 2014 – Edital nº 001/2014, conforme critérios e
avaliação socioeconômica, na modalidade de auxílio () transporte () alimentação ()
moradia.

Declaro estar ciente:

- 1 – Sobre o art. 299 do Código Penal que dispõe ser crime "omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar ou nele inserir declaração falsa ou diversa da que deveria ser escrita com fim de prejudicar, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante";
- 2 – Que o Serviço Sociopedagógico, poderá realizar a qualquer tempo, revisão de minha avaliação socioeconômica, desde que haja denúncia, suspeita ou irregularidade na documentação apresentada;
- 3 – Que os benefícios poderão ser automaticamente suspensos caso haja comprovação de inverdade nas informações ou falsificação dos documentos apresentados ao Serviço Sociopedagógico para avaliação;
- 4 – Que os benefícios concedidos aos alunos deverão ser renovados no início do 2º semestre letivo de 2014, e que o mesmo passará por avaliação socioeconômica, podendo ser concedido ou não;
- 5 – Que os benefícios poderão ser suspensos caso haja falta de recursos financeiros para a Assistência Estudantil;
- 6 – Que será automaticamente suspenso o repasse ao aluno que concluir o curso no qual foi concedido o auxílio;
- 7 - Que é de responsabilidade do aluno comunicar o seu desligamento do Programa em caso de Transferência, Trancamento ou Abandono do curso, sob pena de devolução dos valores recebidos indevidamente;
- 8 – Que os pagamentos dos auxílios serão realizados pela via de depósito bancário na conta corrente/poupança do(a) aluno(a), discriminada abaixo:



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO PAULO – *Campus Capivari*
Avenida Doutor Ênio Pires de Camargo, 2971 – São João Batista – Capivari/SP – CEP: 13.360-000 Telefone:
(19)99664-0840

Banco: _____
Agência: _____ Conta: _____ () corrente () poupança

9- Que me comprometo a entregar, juntamente com este termo de compromisso, extrato atualizado ou comprovante de depósito recente na conta acima discriminada, para comprovar conta ativa;

10- Que é obrigação do aluno assinar mensalmente o Recibo de Pagamento do Auxílio Estudantil, assim que o depósito em conta for efetuado. O benefício não será pago àqueles que não efetuarem a assinatura junto ao Núcleo Sociopedagógico até o último dia útil de cada mês;

11- Declaro ainda, ter ciência de que caso não possua frequência de, no mínimo, 85% neste semestre, o benefício não será concedido para o próximo semestre.

Por ser verdade as informações acima prestadas, data e assino o presente.

_____, ____ de Agosto de 2014.

Assinatura do(a) aluno(a)

Assinatura do(a) responsável
(quando menor)

Nome:

RG: