# **ANEXO I**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

***(A SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL)***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do Aluno: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| CPF do Aluno: | \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_ | | | |
| **DADOS FAMILIARES** | | | | |
| Nome Completo da Mãe: | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| CPF da Mãe: | | \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_ | Celular: | (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| E-mail da Mãe: | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Nome Completo do Pai: | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| CPF do Pai: | | \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_ | Celular: | (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| E-mail do Pai: | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL**  (Caso o responsável pelo estudante menor de 18 anos não seja o pai ou a mãe) | | | | |
| Nome Completo Resp.: | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| CPF do Responsável: | | \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_ | Celular: | (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| E-mail do Responsável: | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Parentesco do Responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA** Declaro que estou ciente, na qualidade de responsável, das normas previstas no Projeto do Curso Partiu IF e que o aluno:   1. Terá que frequentar as aulas presenciais, nos dias e horários específicos de oferta das disciplinas, conforme determinado pelo campus. 2. Somente receberá o valor integral da bolsa se tiver a frequência total do curso sendo que, em caso de faltas, receberá valor proporcional às presenças. 3. Caso esteja ausente às aulas nas duas primeiras semanas do curso, será desligado do projeto e sua vaga será destinada a outro candidato. 4. Que a matrícula e frequência no curso não são garantia de ingresso nos cursos ofertados pelo IFSP, havendo necessidade de inscrição e aprovação no processo seletivo - Vestibular - para ingresso nos cursos técnicos e superiores ofertados pela instituição. 5. Diante do exposto, assumo o compromisso de seguir as normas institucionais, e peço deferimento. | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Cidade) \_\_\_\_\_ (UF), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do responsável (no caso de menor de idade)  (assinatura/certificado digital ou à mão) | | | | |

# 