



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA
CAMPUS JÚLIO DE CASTILHOS

TERMO DE COMPROMISSO

Pelo presente Termo de Compromisso, eu _____, estudante do Curso _____, Matrícula _____, CPF: _____

caso seja contemplado com o Auxílio Permanência do Instituto Federal Farroupilha, *Campus* _____ declaro estar ciente:

- 1- do Regulamento de Concessão de Auxílio do IFFar;
- 2- que o recebimento deste auxílio do IFFar não estabelece nenhum vínculo empregatício com o Instituto;
- 3- das razões que podem levar à suspensão ou cancelamento do auxílio permanência;
- 4- dos valores do auxílio permanência, que variam de acordo com o Índice de Vulnerabilidade Socioeconômica;
- 5- que devo comunicar a CAE do campus qualquer alteração na situação socioeconômica;
- 6- que na condição de suplente/lista de espera não farei jus ao recebimento de valores retroativos, devendo aguardar publicação de edital de convocação no site do *campus*. Sendo que, só farei jus ao pagamento do auxílio, após comparecimento na CAE para atualização dos dados deste termo.
- 7- Solicito que o valor do auxílio seja depositado em minha conta bancária conforme comprovação anexa. **Os dados bancários são opcionais no ato da inscrição e preenchimento deste formulário. Caso você não tenha conta bancária no período de inscrição, poderá informar após a publicação do resultado final no prazo estipulado no cronograma (Anexo I).**

Banco: _____, agência: _____, conta nº: _____,

Assumo, pois, o compromisso de cumprir com o Regulamento de Concessão dos Auxílios da Assistência Estudantil do IFFar.

_____, _____ de _____ de 202__.

Assinatura do estudante

Assinatura do responsável
(Para estudantes menores de 18 anos)