



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO TRIÂNGULO MINEIRO
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO

Av. Dr. Randolpho Borges Junior nº 2900 - Univerdecidade – CEP: 38064-200 – Uberaba/MG
Telefone: (34) 3326-1124 / Fax: (34) 3326-1101 / Email: proext@iftm.edu.br

ANEXO I
Requerimento de Inscrição

Eu, _____
_____, discente regularmente matriculado no *campus* _____, venho
requerer a inscrição no edital nº __/___ do programa de assistência estudantil auxílio estudantil
para atenção à saúde e acessibilidade e para incentivo à cultura e ao esporte do Instituto Federal
de Educação, Ciência e Tecnologia do Triângulo Mineiro – *campus* _____, conforme
informações abaixo:

CURSO: _____

TURNO: _____ PERÍODO/SÉRIE/TURMA: _____

RA: _____ CPF: _____ RG: _____

PROGRAMA/PROJETO : _____

: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ MAIOR DE IDADE? () SIM () NÃO

TELEFONE CELULAR: _____

RESIDENCIAL: _____

E-MAIL: _____

ENDEREÇO: _____ Nº: _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

CIDADE: _____

CEP: _____ UF: _____

BANCO Nº: _____ AGÊNCIA Nº: _____ C/C: _____

Declaro, sob as penas da lei, serem verdadeiros os dados fornecidos neste formulário e idôneos os documentos que o acompanham.

Declaro ter pleno conhecimento que a validade deste edital será até o encerramento do período letivo, não havendo renovação automática do benefício para o ano seguinte.

Declaro, ainda, estar ciente do conteúdo do edital nº __/___, sendo que a falsidade ou divergência nas informações acarretará o indeferimento sumário do pedido ou a suspensão do benefício e ressarcimento dos valores recebidos, caso já tenha sido concedido.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do aluno

Assinatura do responsável
(quando menor)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO TRIÂNGULO MINEIRO
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO

Av. Dr. Randolpho Borges Junior nº 2900 - Univerdecidade – CEP: 38064-200 – Uberaba/MG
Telefone: (34) 3326-1124 / Fax: (34) 3326-1101 / Email: proext@iftm.edu.br

ANEXO II
Declaração de Compatibilidade de Horários

Eu _____, discente do *campus* _____ regularmente matriculado no curso _____, no _____ período/ano, RA _____, declaro para os devidos fins ter disponibilidade de horário semanal para a execução das atividades relativas ao programa/projeto _____ relativo ao programa de assistência estudantil – auxílio estudantil para atenção à saúde e acessibilidade e para incentivo à cultura e ao esporte, mediante edital nº __/____, em horário compatível com minhas atividades curriculares do curso no período em que estou regularmente matriculado.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do aluno

Assinatura do responsável
(quando menor)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO TRIÂNGULO MINEIRO
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO

Av. Dr. Randolpho Borges Junior nº 2900 - Univerdecidade – CEP: 38064-200 – Uberaba/MG
Telefone: (34) 3326-1124 / Fax: (34) 3326-1101 / Email: proext@iftm.edu.br

ANEXO III
Critérios Gerais de Seleção

Etapa I		
Instrumento de avaliação	Critério de avaliação: nota	Pontuação máxima
Média no histórico escolar	6,0 – 6,9	10,0
	7,0 – 7,9	20,0
	8,0 – 8,9	30,0
	9,0 – 10,0	40,0
Subtotal etapa I		40,00
Etapa II		
Instrumento de avaliação	Critério de avaliação: perfil do estudante	Pontuação máxima
Entrevista	Avaliação do perfil do estudante frente ao perfil necessário apresentado pelo coordenador do programa/projeto para o desenvolvimento das atividades vinculadas no programa/projeto.	50,00
Experiência relacionada com inclusão ou acessibilidade	Participação (ouvinte ou apresentador) em evento local e/ou regional, relacionado com inclusão ou acessibilidade.	0,25 pts por certificado (máx 1 pts)
Experiência relacionada com inclusão ou acessibilidade	Participação em projetos de ensino, pesquisa, extensão, relacionado com inclusão ou acessibilidade, com comprovação do período de realização. Pontuação por semestre letivo.	1 pts por semestre (máx 1 pts)
Experiência prática	Participação como acompanhante de pessoas com necessidades específicas, com comprovação do período de realização. Pontuação por semestre	5 pts por semestre
Cursos de capacitação concluído	com carga horária de até 50 horas	5 pts por certificado
	com carga horária de até 100 horas	10 pts por certificado
Subtotal etapa II		60,00
Total		100,00



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO TRIÂNGULO MINEIRO
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO

Av. Dr. Randolpho Borges Junior nº 2900 - Univerdecidade – CEP: 38064-200 – Uberaba/MG
Telefone: (34) 3326-1124 / Fax: (34) 3326-1101 / Email: proext@iftm.edu.br

ANEXO IV
Protocolo de Inscrição

NOME: _____
CURSO: _____
TURNO: _____ PERÍODO/SÉRIE/TURMA: _____
RA: _____ CPF: _____ RG: _____
PROGRAMA/PROJETO _____
:
TELEFONE RESIDENCIAL: _____ : _____ CELULAR _____
E-MAIL: _____

DOCUMENTOS ENTREGUES (conforme item 4.5)	
	Formulário de inscrição do edital nº ___/___ (anexo I)
	Cópia do documento de identidade e CPF
	Cópia do <i>curriculum Lattes</i>
	Comprovante de matrícula em curso regular oferecido pelo <i>campus</i> _____
	Cópia do histórico escolar
	Declaração de compatibilidade de horários (anexo II)
	Declaração de <i>nada consta</i> de débito na biblioteca
	Declaração de <i>nada consta</i> de débito coordenação de controle e registro acadêmico
	Declaração de <i>nada consta</i> de débito na coordenação geral de assistência ao educando, ou setor equivalente
	Protocolo de inscrição (anexo IV)

RECEBIDO EM: ___/___/___ às ___:___ _____ Preenchimento pelo Setor de Assistência Estudantil
--



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO TRIÂNGULO MINEIRO
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO

Av. Dr. Randolpho Borges Junior nº 2900 - Univerdecidade – CEP: 38064-200 – Uberaba/MG
Telefone: (34) 3326-1124 / Fax: (34) 3326-1101 / Email: proext@iftm.edu.br

ANEXO V
Programas e/ou Projetos Selecionados

	TÍTULO DO PROGRAMA/PROJETO	COORDENADOR	RESUMO
1	Ações Inclusivas: a promoção da aprendizagem de estudantes com necessidades específicas	Coordenadora Daniela Resende Silva Orbolato Membros e executores do projeto Jefferson Beethoven Martins Marcelo Da Silva Barreiro Marcelo Pansani Freitas Marina Beatriz Ferreira Vallim Natália Cristina Reis De Moraes	Este projeto visa selecionar, por meio de edital, estudantes regularmente matriculados em cursos ofertados pelo IFTM e que tenham disponibilidade de horário para acompanhar, dentro e fora da sala de aula, os estudantes com necessidades educacionais específicas a fim de garantir as condições para permanência destes e também contribuir para a redução das taxas de retenção e evasão no âmbito do IFTM.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO TRIÂNGULO MINEIRO
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO

Av. Dr. Randolpho Borges Junior nº 2900 - Univerdecidade – CEP: 38064-200 – Uberaba/MG
Telefone: (34) 3326-1124 / Fax: (34) 3326-1101 / Email: proext@iftm.edu.br

ANEXO VI

Número de Benefícios e Perfil dos Beneficiados pelos Programas e/ou Projetos

	TÍTULO DO PROGRAMA/PROJETO	COORDENADOR	NÚMERO DE BENEFÍCIOS	PERFIL DO ESTUDANTE A SER SELECIONADO
1	Ações Inclusivas: a promoção da aprendizagem de estudantes com necessidades específicas	Coordenadora Daniela Resende Silva Orbolato Membros e executores do projeto Jefferson Beethoven Martins Marcelo Da Silva Barreiro Marcelo Pansani Freitas Marina Beatriz Ferreira Vallim Natália Cristina Reis De Moraes	2 vagas de 20h semanais (+ formação de cadastro de reserva)	Estudante de curso de Licenciatura em Letras, Licenciatura em Computação, Licenciatura em Matemática, Licenciatura em Química, Licenciatura em Biologia, Tecnologia em Análise e Desenvolvimento de Sistemas ou Engenharia de Computação.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO TRIÂNGULO MINEIRO
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO

Av. Dr. Randolpho Borges Junior nº 2900 - Univerdecidade – CEP: 38064-200 – Uberaba/MG
Telefone: (34) 3326-1124 / Fax: (34) 3326-1101 / Email: proext@iftm.edu.br

ANEXO VII
Recurso

Eu _____, discente do *campus* _____ regularmente matriculado no curso _____, no _____ período/ano, RA _____, venho recorrer ao resultado do edital nº __/____ do programa de assistência estudantil – auxílio estudantil para atenção à saúde e acessibilidade e para incentivo à cultura e ao esporte do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Triângulo Mineiro – *campus* _____, mediante o exposto abaixo:

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do aluno

Assinatura do responsável
(quando menor)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO TRIÂNGULO MINEIRO
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO

Av. Dr. Randolpho Borges Junior nº 2900 - Univerdecidade – CEP: 38064-200 – Uberaba/MG
Telefone: (34) 3326-1124 / Fax: (34) 3326-1101 / Email: proext@iftm.edu.br

ANEXO VIII
Termo de Compromisso

Eu, _____, aceito participar do Programa de Assistência Estudantil do IFTM – *campus* _____, mediante o recebimento de benefício auxílio estudantil para atenção à saúde e acessibilidade e para incentivo à cultura e ao esporte, e acato as disposições de seu regulamento, bem como do **edital nº** __/__, estando ciente de que o desrespeito às normas vigentes poderá implicar em meu desligamento do programa, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

CURSO: _____
TURNO: _____ PERÍODO/SÉRIE/TURMA: _____
RA: _____ CPF: _____ RG: _____
MAIOR DE
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE? () SIM () NÃO
TELEFONE
RESIDENCIAL: _____ CELULAR: _____
E-MAIL: _____
ENDEREÇO: _____ Nº: _____
COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____
CEP: _____ CIDADE: _____ UF: _____
BANCO Nº: _____ AGÊNCIA Nº: _____ C/C: _____

*** Deverão ser anexadas cópias do RG, CPF e cartão da conta corrente em nome do estudante. ***

Estou ciente que o presente Termo de Compromisso não gera nenhum vínculo empregatício com o IFTM.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) estudante(a)

Assinatura do(a) responsável
(quando menor)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO TRIÂNGULO MINEIRO
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO

Av. Dr. Randolpho Borges Junior nº 2900 - Univerdecidade – CEP: 38064-200 – Uberaba/MG
Telefone: (34) 3326-1124 / Fax: (34) 3326-1101 / Email: proext@iftm.edu.br

ANEXO IX
Termo de Desistência

Eu, _____
_____, discente regularmente matriculado no *campus* _____, venho
apresentar a desistência da classificação no edital ___/____, do citado *campus*, sendo o caso,
com exclusão do nome da lista de espera do citado edital, pelos motivos abaixo relacionados.

CURSO: _____
PERÍODO/SÉRIE/TURMA _____
TURNO: _____ : _____
CPF _____
RA: _____ : _____ RG: _____
PROGRAMA/PROJETO: _____

Justificativa da desistência:

Declaro estar ciente que, a apresentação do respectivo termo de desistência, implica automaticamente na rescisão do pagamento mensal do benefício em questão, podendo esta vaga ser preenchida por outro estudante, respeitando-se a ordem de classificação do referido edital de seleção.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) estudante(a)

Assinatura do(a) responsável
(quando menor)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO TRIÂNGULO MINEIRO
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO

Av. Dr. Randolpho Borges Junior nº 2900 - Univerdecidade – CEP: 38064-200 – Uberaba/MG
Telefone: (34) 3326-1124 / Fax: (34) 3326-1101 / Email: proext@iftm.edu.br

ANEXO X
Termo de Desligamento

Eu, _____,
coordenador do programa/projeto _____
contemplado no edital __/____, venho solicitar o desligamento do estudante abaixo relacionado
pelos motivos expostos:

NOME: _____

CPF: _____ RG: _____

CURSO: _____ RA: _____

Motivo do desligamento do Programa:

- Infrequência às atividades vinculadas ao programa/projeto.
 Trancamento de matrícula ou transferência para outra Instituição.
 Não atendimento às necessidades do programa/projeto.
 Outro: _____

_____, ____ de _____ de ____.

Assinatura do coordenador do programa/projeto