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

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL
MODELO DE DECLARAÇÃO DE PESSOA SEM RENDA

Nome do estudante: _____
(candidato ao benefício)

Eu,_____ _____, portador do RG _____ e do CPF _____, nos termos do Regulamento do Programa de Assistência Estudantil do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Triângulo Mineiro, declaro não ter exercido atividade remunerada e nem ter recebido apoio financeiro de qualquer natureza no(s) mês(es)

(*Marcar o mês ou os meses nos quais não exerceu atividade remunerada*)

☐ Mês 1, que refere-se ao mês _____ do ano de _____.

☐ Mês 2, que refere-se ao mês _____ do ano de _____.

☐ Mês 3, que refere-se ao mês _____ do ano de _____.

por um ou mais dos motivos expostos a seguir:

☐ Invalidez ou deficiência

☐ Doença

☐ Outros. Especificar: _____

Declaro estar ciente que poderão ser realizadas entrevistas ou visitas domiciliares para dirimir qualquer dúvida pertinente a documentação apresentada e que, persistindo a dúvida, poderão ser exigidos novos documentos comprobatórios que auxiliem na decisão final.

Declaro estar ciente que é de minha inteira responsabilidade a veracidade das informações prestadas neste documento, sendo que a declaração inverídica tipifica o crime de falsidade ideológica, previsto no art. 299 do Código Penal.

_____, _____ de _____ de ____.

Assinatura do declarante ou do responsável legal do declarante caso ele seja menor de idade

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

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL
MODELO DE DECLARAÇÃO DE PROFISSIONAL INFORMAL

Nome do estudante: _____
(candidato ao benefício)

Eu,_____, portador do RG _____ e CPF _____, nos termos do Regulamento do Programa de Assistência Estudantil do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Triângulo Mineiro, declaro que estava como autônomo no(s) mês(es):

(*Marcar o mês ou os meses nos quais não exerceu atividade remunerada*)

☐ Mês 1, que refere-se ao mês _____ do ano de _____.

☐ Mês 2, que refere-se ao mês _____ do ano de _____.

☐ Mês 3, que refere-se ao mês _____ do ano de _____.

Declaro que no (s) mês (s) marcado (s), exerci atividade _____, perfazendo uma renda mensal bruta, aproximadamente, de R$ _____,_____ (_____) reais.

Declaro estar ciente que poderão ser realizadas entrevistas ou visitas domiciliares para dirimir qualquer dúvida pertinente a documentação apresentada e que, persistindo a dúvida, poderão ser exigidos novos documentos comprobatórios que auxiliem na decisão final.

Declaro estar ciente que é de minha inteira responsabilidade a veracidade das informações prestadas neste documento, sendo que a declaração inverídica tipifica o crime de falsidade ideológica, previsto no art. 299 do Código Penal.

_____, _____ de _____ de ____.

Assinatura do declarante ou do responsável legal do declarante caso ele seja menor de idade

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

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL
MODELO DE AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO DE MENOR DE IDADE

Nome do estudante: _____
(candidato)

Eu,_____ ____, portador do RG _____ e CPF _____, responsável pelo o estudante supracitado, autorizo-o a participar Programa de Assistência Estudantil do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Triângulo Mineiro, concordando com os termos do edital em questão e do regulamento do citado programa.

_____, _____ de _____ de ____.

Assinatura

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

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL
MODELO DE DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA I

Eu,_____ ____, portador do RG _____ e CPF _____, nos termos da lei 7115 de 29 de agosto de 1983 e em atendimento ao Programa de Assistência Estudantil do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Triângulo Mineiro, declaro que resido no imóvel localizado na cidade de _____ na rua/avenida _____, nº _____, bairro _____.

Declaro estar ciente que poderão ser realizadas entrevistas ou visitas domiciliares para dirimir qualquer dúvida pertinente a documentação apresentada e que, persistindo a dúvida, poderão ser exigidos novos documentos comprobatórios que auxiliem na decisão final.

Declaro estar ciente que é de minha inteira responsabilidade a veracidade das informações prestadas neste documento, sendo que a declaração inverídica tipifica o crime de falsidade ideológica, previsto no art. 299 do Código Penal.

_____, _____ de _____ de ____.

Assinatura

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

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL
MODELO DE DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA II (MENOR DE IDADE)

Nome do estudante: _____
(beneficiado)

Eu,_____ ____, portador do RG _____ e CPF _____, responsável legal pelo estudante supracitado, nos termos da lei 7115 de 29 de agosto de 1983 e em atendimento ao Programa de Assistência Estudantil do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Triângulo Mineiro, declaro que o mesmo reside no imóvel localizado na cidade de _____ na rua/avenida _____, nº _____, bairro _____.

Declaro estar ciente que poderão ser realizadas entrevistas ou visitas domiciliares para dirimir qualquer dúvida pertinente a documentação apresentada e que, persistindo a dúvida, poderão ser exigidos novos documentos comprobatórios que auxiliem na decisão final.

Declaro estar ciente que é de minha inteira responsabilidade a veracidade das informações prestadas neste documento, sendo que a declaração inverídica tipifica o crime de falsidade ideológica, previsto no art. 299 do Código Penal.

_____, _____ de _____ de ____.

Assinatura

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

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL
MODELO DE TERMO DE DESISTÊNCIA

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

CURSO: _____

TURNO: _____ PERÍODO/SÉRIE/TURMA: _____

RA: _____ CPF: _____ RG: _____

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

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL
MODELO DE TERMO DE DESLIGAMENTO

A coordenação _____, responsável pelo programa de assistência estudantil, no uso de suas atribuições, resolve **DESLIGAR**, nos termos da resolução nº 84 de 01 de dezembro de 2014, o aluno:

NOME: _____

CPF: _____ RG: _____

CURSO: _____ RA: _____

MODALIDADE: _____ EDITAL: _____

Motivo do desligamento do Programa:

☐ Interrupção da condição de vulnerabilidade social.
☐ Infrequência nos termos dos itens 7.4 “d” e 7.5 do edital de seleção.
☐ Desistência do Programa.
☐ Conclusão do curso.
☐ Pendências de caráter disciplinar ou financeiro, tais como, infrações ao regulamento disciplinar do corpo discente do IFTM e danos ao patrimônio público e privado.
☐ Inveracidade nas informações prestadas pelo candidato no processo seletivo.
☐ Desconfiguração da condição de vulnerabilidade social e econômica.
☐ Cortes nos recursos destinados ao programa de assistência estudantil pelo governo federal.
☐ Participação em progra de mobilidade acadêmica.

Justificativa para o desligamento do aluno:

_____,___ de _____ de _____.

Coordenador responsável pelo programa de assistência estudantil

De Acordo:

Chefia Imediata

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

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL
MODELO DE ATA (ENTREVISTA/VISITA DOMICILIAR)

Nome do estudante: _____

(candidato ao benefício)

***Pauta*:**		
Data:	*Horário:*	*Local:*

Participantes	
1-	6-
2-	7-
3-	8-
4-	9-
5-	10-

Resumo dos principais pontos

Relatório

Assinatura dos Participantes
1-
2-
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-