COORDENADORIA DE APOIO AO ENSINO

PROGRAMA DE BOLSA DE ENSINO

ANEXO II

AUTORIZAÇÃO DO(A) RESPONSÁVEL

|  |  |
| --- | --- |
| Título do Projeto: |  |
| Docente Responsável: |  |

Eu, , portador (a) de RG nº , responsável pelo estudante

, portador (a) de RG nº , autorizo o referido estudante a participar do programa Bolsa de Ensino Voluntária, cumprindo a partir desta data, horas semanais.

Declaro estar de acordo que:

1. - O não comparecimento sem motivo justificado por 08 (oito) dias consecutivos e/ou 15 (quinze) dias alternados, dentro de um mês, implicará no cancelamento da bolsa de ensino voluntária.
2. - A participação no programa de bolsa de ensino voluntária não estabelece nenhum vínculo empregatício com o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo.
3. Este Termo de Compromisso poderá ser desfeito por iniciativa do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo, a qualquer tempo, se assim achar conveniente ao desenvolvimento das atividades.

Bragança Paulista, de de 202\_

Assinatura do Responsável

**Esta declaração deverá ser impressa, preenchida e assinada pelo(a) responsável, digitalizada ou fotografada e salva em formato PDF, e deverá ser enviada como um dos anexos do formulário de inscrição, para os bolsistas selecionados menores de 18 anos. O link do formulário de inscrição é o seguinte**: <http://bra.ifsp.edu.br/formulario-bolsa-ensino/>

**Caso necessário, os bolsistas selecionados poderão retirar uma cópia impressa desta declaração na Coordenadoria de Apoio ao Ensino (Sala B317)**