

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO PAULO

IFSP Campus São Paulo

TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

São Paulo, \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

O Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo informa aos Srs. Responsáveis que o(a) aluno(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, da turma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ está convocado a comparecer às aulas de Recuperação Paralela de Língua Portuguesa e suas Literaturas, sob a responsabilidade do(a) docente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no período de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_-feiras, de \_\_\_\_h\_\_\_\_ a \_\_\_\_h\_\_\_\_.

Certos de sua atenção e colaboração, agradecemos.

São Paulo, \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Eu­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável pelo(a) aluno(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, da turma \_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro estar de acordo com o *Termo de Ciência e Responsabilidade* que convoca o(a) aluno(a) para participação e frequência nas atividades de Recuperação Paralela de *Língua Portuguesa e Literaturas,* no período de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_-feiras, de \_\_\_\_h\_\_\_\_ a \_\_\_\_h\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável

**]**

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO PAULO

IFSP Campus São Paulo

**PROTOCOLO DE ENTREGA DO "TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE" AO(À) ALUNO(A)**

Eu­­, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) da turma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro estar ciente de minha convocação para participação e frequência nas atividades de Recuperação Paralela de *Língua Portuguesa e Literaturas*, no período de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_-feiras, de \_\_\_\_h\_\_\_\_ a \_\_\_\_h\_\_\_\_, *desde que autorizado por meu responsável*.

Declaro que recebi o *Termo de Ciência e Responsabilidade*, para ser assinado por meu responsável e entregue ao(à) professor(a), sem o qual não poderei participar e frequentar a Recuperação Paralela.

São Paulo, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) aluno(a)