



POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL
PROGRAMA DE AUXÍLIO PERMANÊNCIA (PAP)
RENOVAÇÃO DE AUXÍLIOS PARA 1º SEMESTRE DE 2017

TERMO DE COMPROMISSO DO RECADASTRAMENTO SEM ALTERAÇÃO

Eu _____,

CPF _____, Prontuário _____, aluno do ensino:

médio/técnico () curso superior (), beneficiário do Programa de Auxílio Permanência do *Campus Bragança Paulista* no ano de 2016, declaro que sou aluno(a) freqüente desta instituição e que me responsabilizo em utilizar os auxílios concedidos para seus devidos fins. Afirmo que **NÃO** possuo vínculo com o IFSP **APENAS** para o cumprimento de Estágio Curricular, Trabalho de Conclusão de Curso e/ou Atividade Complementar.

Solicito recadastramento no PAP referente ao 1º semestre de 2017 para os seguintes auxílios:

- () **Auxílio Material** (Destinado à custeio com materiais didáticos).
- () **Auxílio Alimentação** (para quem trabalha e estuda ou estuda em período integral).
- () **Auxílio Transporte** – Valor diário utilizado: R\$ _____.
- () **Auxílio Moradia** (para quem mora sem a família em pensão ou república)
- () **Auxílio Creche** (para quem tem filhos de até 12 anos incompletos)

IMPORTANTE: Caso você já receba os auxílios solicitados, não precisará entregar as documentações correspondentes. Se você está solicitando a inclusão de auxílio, é **OBRIGATÓRIO** trazer a documentação referente ao auxílio solicitado, prevista no EDITAL PAP 2016.

Declaro que as informações socioeconômicas apresentadas por mim na seleção e/ou recadastramento de 2016 **NÃO** se alteraram, **NÃO** havendo mudanças no meu grupo familiar nos seguintes aspectos: endereço, desemprego, ingresso em novo trabalho, promoção no Trabalho, aposentadoria, morte, nascimento, doença, ingresso em programas sociais, condição de moradia, etc.

FREQUÊNCIA

Com relação à frequência, você teve excesso de faltas em alguma disciplina no semestre anterior?

() **sim** () **não**. Se teve mais de 25% de faltas, mencione a(s) disciplina(s), explique os motivos e junte documentos (exemplo: atestado médico, declaração da empresa onde trabalha, etc): _____

Eu, _____, estou ciente de que devo informar qualquer alteração de dados ao setor Sociopedagógico e que, caso decida desistir/abandonar e/ou trancar/cancelar o curso deverei informar formalmente à Coordenadoria Sociopedagógica. Em caso de recebimento indevido, a devolução aos cofres públicos é obrigatória.

Declaro, ainda, que estou de acordo com a regras do Programa e os requisitos para participar do cadastramento. *A omissão ou falsidade de informações pertinente à seleção resultará em exclusão do programa e devolução dos valores por mim recebidos, a fim de ressarcir os cofres públicos da União.*

O Artigo 299 do Código Penal dispõe que é crime "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir declaração falsa ou diversa da que deveria ser escrita, com fim de prejudicar, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante".

Bragança Paulista, _____ de _____ de 2016.

Assinatura do Estudante

Assinatura do responsável pelo estudante

PROTOCOLO DO RECADASTRAMENTO

Declaro que o aluno _____, entregou o termo de compromisso do cadastramento (1º semestre/2017).

IMPORTANTE

- I) O Cadastramento/renovação **só será CONCLUÍDO após o preenchimento do formulário online (disponível de 5 a 16/12/2016 em <http://bra.ifsp.edu.br/sociopedagogico>).**
- II) Em caso de recurso (quando o aluno não concorda com o resultado da renovação) é obrigatória a apresentação deste protocolo .
- III) Alunos que solicitarem a renovação/cadastramento mas não realizarem a matrícula para o 1º semestre de 2017, pedirem transferência ou desistirem do curso não deverão retirar o pagamento de fevereiro ou terão de devolver por meio de guia de recolhimento (GRU) o valor recebido indevidamente.
- IV) A classificação geral dos alunos beneficiados pelo programa poderá ser refeita após o resultado final do edital PAP 2017 1º SEMESTRE, considerando os alunos que se cadastrarem em 2016 e os alunos que se inscreverem no início de 2017. Portanto, eventual pagamento efetuado no mês de fevereiro/2017 **NÃO GARANTE** a sua permanência na Assistência Estudantil.

Data ____/____/2016

Assinatura do Servidor da CSP