



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA SÃO PAULO
CÂMPUS SUZANO**

POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL

(PAP) PROGRAMA DE AUXÍLIO

PERMANÊNCIA

1º Semestre de 2019

Câmpus Suzano

TERMO DE COMPROMISSO

Eu _____,
CPF _____, Prontuário _____, selecionado pelo Programa de Auxílio Permanência do Câmpus Suzano no 1º Semestre de 2019, declaro que sou aluno(a) frequente desta instituição e que me responsabilizo por 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.

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.

Declaro, ainda, que estou de acordo com as regras do Programa e os requisitos para participar do processo seletivo.

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”.

Suzano, _____ de _____ de 2019

Assinatura do Estudante

Assinatura do responsável pelo estudante
(com menos de 18anos)