

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DE MINAS GERAIS**

TERMO DE COMPROMISSO DO DISCENTE BOLSISTA EXTERNO

(Ação de Extensão)

## Orientações de Preenchimento:

1. As informações deste documento se referem a ação de extensão descrita na Seção II, cadastrada no SIGAA e associada a edital específico da DEDC; e
2. Este documento deve ser preenchido manualmente e assinado pelo **Discente Bolsista Externo** da ação de extensão **E** pelo **Coordenador do Projeto**

# - IDENTIFICAÇÃO DO DISCENTE

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome do Discente Bolsista** | [Informar nome completo do discente bolsista externo] |
| **CPF** | [Informar n° CPF do discente bolsista externo] |
| **Nascimento** | [dd / mm / aaaa] |
| **Insituição de Ensino** | [Informar local onde o discente bolsista externo estuda] |
| **Curso** | [Informar nome do curso do discente bolsista externo] |

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS BANCÁRIOS DO DISCENTE BOLSISTA EXTERNO** | |
| **Banco** | [Informar n° do Banco] |
| **N° Agência** | [Informar n° da agência, inclusive dígito] |
| **N° Conta** | [Informar n° da conta, inclusive dígito] |
| **Tipo de Conta** | [Informar se é Conta Corrente ou Conta Poupança] |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMAÇÕES DE CONTATO DO DISCENTE BOLSISTA EXTERNO** | |
| **Endereço** | [Informar nome da rua/avenida] |
| **Bairro** | [Informar nome do bairro] |
| **Cidade / Estado** | [Informar nome da cidade e estado] |
| **Telefone de Contato** | [Informar DDD] [Informar n° do telefone] |
| **E-mail** | [Informar e-mail para contato] |

1. **- IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO DE EXTENSÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Código da Ação de Extensão (SIGAA)** | [Informar o código da Ação de Extensão gerado pelo SIGAA] |
| **Nome da Ação de Extensão** | [Informar nome da Ação de Extensão] |
| **Coordenador do Projeto** | [Informar nome completo do Coordenador do Projeto] |
| **Vigência (dd/mm/aaaa)** | [dd/mm/aaaa a dd/mm/aaa] |

# - VALORES DA BOLSA E CARGA HORÁRIA SEMANAL(\*1)

|  |  |
| --- | --- |
| **Valor** | **Marque X na opção correta (\*2)** |
| R$ 420,00 (12h semanais - Nível: EPTNM) |  |
| R$ 420,00 (12h semanais - Nível: Graduação) |  |
| R$ 700,00 (20h semanais - Nível: Graduação) |  |
| R$ 700,00 (20h semanais - Nível: Pós-Graduação) |  |

(\*1) Conforme Portaria Normativa GDG/CEFET-MG Nº 11, de 17/05/2023

(\*2) Preenchimento obrigatório

## DECLARO QUE:

* 1. não recebo outro tipo de bolsa acadêmica e/ou financiada por instituição ligada ao CEFET-MG;
  2. não possuo nenhum vínculo empregatício;
  3. estou ciente de que a atividade de bolsista de extensão não cria vínculo empregatício de qualquer natureza;
  4. não tenho parentesco até terceiro grau em linha reta, colateral ou por afinidade inclusive, como o(a) Coordenador(a) do Projeto; e
  5. não sou cônjuge ou companheiro do(s) coordenador(es) e demais membros da ação de extensão.

## COMPROMETO-ME A:

1. cumprir as atividades previstas na ação de extensão supracitada, colaborando com o seu desenvolvimento e realização, conforme previsto no Plano de Trabalho Individual cadastrado no SIGAA;
2. comunicar, por escrito, caso opte por desligar-me da ação de extensão; e
3. apresentar Relatório de Atividades ao Coordenador do Projeto, ao final de minha participação no mesmo.

**[Cidade]**, **[dia]**, de **[mês]**, de **[ano]**.

***(Assinatura manual)***

**[Nome do(a) Coordenador(a)]**

*Coordenador(a)*

*Matrícula SIAPE: XXXXXX*

***(Assinatura manual)***

**[Nome do(a) Discente]**

*DISCENTE*