*Avenida Maria da Conceição Santos, 900- 37560-260, Pouso Alegre- MG*

***(35) 3427 6600 -***[*www.ifsuldeminas.edu.br*](http://www.pas.ifsuldeminas.edu.br/)*/pousoalegre*

**EDITAL Nº \_\_\_/20\_\_\_ - PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS**

**DECLARAÇÃO DO PAI OU RESPONSÁVEL**

Projeto:

Bolsista:

CPF:

Declaro conhecer e aceitar os critérios e normas que regem o Programa Institucional de Bolsas, no qual meu filho(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ participará desenvolvendo as atividades no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais - IFSULDEMINAS, Campus Pouso Alegre, com uma carga horária de \_\_\_\_\_ horas semanais.

Certifico como verdadeiras as informações prestadas acima e autorizo o aluno identificado a participar do Programa, nas condições definidas no Edital \_\_\_/\_\_\_.

Pouso Alegre, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

Dados do do pai ou responsável

Assinatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome Completo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(anexar cópia do CPF e RG do pai ou responsável)