



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO DELTA DO PARNAÍBA
PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS
NÚCLEO DE INCLUSÃO E ACESSIBILIDADE



ANEXO V
PROGRAMA BOLSA DE INCLUSÃO SOCIAL
TERMO DE COMPROMISSO

Dados do(a) Auxiliar Acadêmico(a):

Eu, _____ sexo _____ Fone _____
_____, natural de _____ CPF _____ RG.: _____
_____ órgão expedidor _____ UF _____
residindo no endereço _____
Bairro _____ Cidade _____ Estado _____
_____ CEP _____ aluno do curso de _____
matrícula _____ e-mail _____.

Dados do aluno com Necessidade Educacional Especial:

Eu, _____ sexo _____ Fone _____
_____, natural de _____ CPF _____ RG.: _____
_____ órgão expedidor _____ UF _____
residindo no endereço _____
Bairro _____ Cidade _____ Estado _____
_____ CEP _____ aluno do curso de _____
matrícula _____ e-mail _____

Tipo de Necessidade Educacional Especial:

Pai/Mãe/Responsável do/a Estudante com Necessidade Educacional Especial:

Nome: _____ Telefone _____

Declaro estar ciente que a Bolsa de Inclusão Social tem vigência de 1 (um) ano, com possibilidade de renovação anual durante a permanência do estudante com necessidade educacional especial no curso, sendo obrigatória a comprovação de vínculo semestral com a Instituição sob pena de desligamento automático do benefício.

Parnaíba, ____/____/_____.

Banco: _____

Agencia: _____

Conta Corrente: _____

Assinatura do Estudante (Por extenso)

Previsão do Término do Benefício