

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____,
portador (a) do RG n°. _____, aluno (a) inscrito (a) sob o n° de matrícula
_____, do Curso _____,
do turno _____, no ano/semestre/módulo _____, abaixo-
assinado, declaro, para os devidos fins, que li e estou ciente de todo o teor do Edital do Programa de
Assistência e Apoio ao Estudante – PAAE - 03/2019 do IFBA- Campus Vitória da Conquista. Declaro,
também, que são verídicas as informações prestadas e a documentação anexada, bem como a originalidade
das assinaturas e documentos, incluindo as declarações dos familiares. Finalmente, declaro que autorizo a
qualquer tempo a verificação dos dados informados, inclusive se necessário a visita domiciliar onde resido
e que poderei ser responsabilizado judicialmente caso seja comprovada a ocorrência de fraudes ou
falsificações/irregularidades ou má-fé nas informações prestadas, ou nos documentos entregues. Estou
ciente que os recursos federais para o(s) benefício(s) solicitado(s) cessarão no período conforme Edital. O
Serviço Social esclarece que a concessão de benefício dependerá de disponibilidade financeira e
orçamentária do Campus Vitória da Conquista do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia –
IFBA através de repasse do Ministério da Educação.

Vitória da Conquista, ____/____/____.

Assinatura do (a) estudante ou responsável, se menor de idade.

CPF: _____