

Ficha de Cadastro Estudante Bolsista	
Nome completo	
CPF	
RG	
Órgão Expedidor do RG	
Endereço completo	
Curso	
Nível	( ) Técnico ( ) Graduação ( ) Pós-Graduação
Modalidade	( ) Presencial ( ) a Distância
Campus	
Celular (com DDD)	
E-mail	
Início e término das atividades	Início: Junho 2021 Término: Dezembro 2021
Idade	
Conta bancária (em nome próprio) para recebimento da bolsa com PIX CADASTRADO.	Nome do Banco: Agência: Número da Conta: Tipo ( ) poupança ( ) corrente Chave PIX _____

- **CASO SEJA MENOR de 18 anos, PREENCHER A DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS ABAIXO:**
- Os Formulários deverão ser encaminhados para a coordenação do projeto: [adsantos@ifba.edu.br](mailto:adsantos@ifba.edu.br) / [adm\\_santos@yahoo.com.br](mailto:adm_santos@yahoo.com.br)
- Prazo de entrega até o dia **10 / 05 / 2021**
- Serão selecionados **06** estudantes bolsistas após entrevista e análise de perfil e conforme regras: Edital nº 05/2021 SETEC/IFSULDEMINAS/FADEMA e EDITAL CONJUNTO Nº 01/2021/PRPGI/PROEX/IFBA de 07 de abril de 2021

## ANEXO V

### AUTORIZAÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEL LEGAL (para menores de 18 anos)

Título do projeto:

**O poder do Marketing Digital para fortalecimento do empreendedorismo feminino**

Nome do estudante: \_\_\_\_\_

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

Declaro conhecer e aceitar os critérios e as normas que regem o Edital nº 05/2021 SETEC/IFSULDEMINAS/FADEMA e EDITAL CONJUNTO Nº 01/2021/PRPGI/PROEX/IFBA de 07 de abril de 2021, no qual o estudante \_\_\_\_\_, neste ato sob minha responsabilidade, participará desenvolvendo as atividades, com carga horária de **20 horas semanais** e receberá durante a vigência do programa o valor mensal de **R\$ 400,00 (quatrocentos reais) referente à bolsa, durante 06 (seis) meses.**

Assumo o compromisso de devolver à Fundação de Apoio ao Desenvolvimento da Extensão, Pesquisa, Ensino Profissionalizante e Tecnológico (FADEMA), em valores atualizados, a(s) mensalidade(s) recebida(s) indevidamente, caso os requisitos e os compromissos do plano de trabalho do projeto mencionado não sejam cumpridos.

Certifico como verdadeiras as informações prestadas acima e autorizo o estudante identificado a participar do programa, nas condições definidas no edital.

Local \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

Nome completo do responsável\*: \_\_\_\_\_

CPF do responsável: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

E-mail:  
\_\_\_\_\_

**\*Necessário anexar cópia do RG do responsável.**