

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**

## **PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS E COMUNITÁRIOS**

## **COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA**

**SERVIÇO SOCIAL**

**Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, Bairro Ininga, Teresina, Piauí, Brasil; CEP 64049-550**

SG – 14. Telefones: (86) 3215 5642/ 3215 5645; Fax (86) 3215 5640

**PROGRAMA DA BOLSA DE APOIO ESTUDANTIL**

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nascido em \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Nacionalidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Natural de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Identidade nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_\_UF:\_\_\_\_\_\_ Sexo: Masculino( ) Feminino( ) Estado Civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residindo à Rua:\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Zona:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone(s):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ aluno do curso de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_matrícula nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaro estar ciente que o período máximo para participação no Programa Bolsa de Apoio Estudantil é até 24 meses consecutivos, sendo obrigatória a comprovação de vínculo semestral com a instituição sob pena de desligamento automático do benefício.

Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Banco:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Nº da Agência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Conta Corrente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Estudante (Por Extenso)

Previsão do Término do Benefício

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