



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS E COMUNITÁRIOS
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA
NÚCLEO DE ACESSIBILIDADE DA UFPI**



Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, Bairro Ininga, Teresina, Piauí, Brasil;
CEP 64049-550, SG – 14; Telefones: (86) 3215 5642/3215 5645;

ANEXO XV

TERMO DE COMPROMISSO DA BOLSA DE INCLUSÃO SOCIAL

Dados do/a Auxiliar Acadêmico/a:

Eu, _____ Identidade de gênero: _____
_____ Fone: _____ Natural de: _____
CPF: _____ RG: _____ órgão
expedidor: _____ UF: _____ residindo à
Rua: _____ Zona: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
Curso: _____

Declaro estar ciente:

I. Das normas contidas no Edital da Bolsa de Inclusão Social (BINCS-ES);

II. De que as atividades desenvolvidas como auxiliar acadêmico/a não constituem vínculo empregatício, fazendo jus aos benefícios somente enquanto estiver vinculado/a à função de bolsista.

Dados do/a Estudante Público-alvo da Educação Especial:

Eu, _____ Identidade de gênero: _____
_____ Fone: _____ Natural de: _____
CPF: _____ RG: _____ órgão
expedidor: _____ UF: _____ residindo à
Rua: _____ Zona: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
Curso: _____ Tipo de Deficiência/Necessidade Específica:
_____.

Declaro estar ciente:

I. Devo auxiliar na elaboração dos documentos em conjunto com o NAU/NAEs pertinentes às atividades a serem desenvolvidas com o/a auxiliar acadêmico/a;

II. O/a auxiliar acadêmico/a não exercerá funções para além do que compete às atividades que foram pactuadas no Plano de Trabalho e/ ou demais atividades inerentes à função de bolsista BINCS-ES.

Data ___/___/_____

Assinatura Bolsista

Assinatura estudante PAEE