



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);

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.

**Data** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura Bolsista

\_\_\_\_\_  
Assinatura estudante PAEE