



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE PERNAMBUCO**

TERMO DE CIÊNCIA

Eu, _____, CPF _____,
responsável legal pelo/a estudante _____,
declaro ter ciência da participação do/a discente no Programa Bolsa Permanência 2017.1 e das
condições de permanência no Programa.

Tendo ciência que a bolsa poderá ser suspensa em casos de:

- a) Registros negativos sobre a minha conduta na ficha disciplinar, desde que avaliados/as pela equipe multiprofissional.
- b) Frequência abaixo de 75% nas aulas do curso.
- c) Redução Orçamentária (fonte 100).

Tendo ciência que a bolsa poderá ser cancelada em casos de:

- a) Cancelamento ou trancamento da matrícula;
- b) Desistência do curso;
- c) Reprovação acima de 50% dos componentes curriculares em que estiver matriculado/a.
- d) Não estar matriculado/a em pelo menos três componentes curriculares conforme estipulado em Edital.

_____, _____ de _____ de 201____.

Assinatura do (a) Declarante