



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 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).
- d) Poderá ser suspensa em caso de greves que repercutam diretamente na frequência do (a) estudante. O Serviço Social do *campus*, junto à Diretoria /Coordenação/ Divisão de Assistência ao Estudante ou órgão equivalente analisará a possibilidade de suspensão das bolsas até a regularização das aulas.

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) Frequência abaixo de 75% nas aulas do curso.
- e) Não estar matriculado/a em pelo menos três componentes curriculares conforme estipulado em Edital.
- f) Caso seja identificada inexatidão das declarações, irregularidades nos documentos ou outras de qualquer natureza.

_____, _____ de _____ de 201____.

Assinatura do (a) Declarante