



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA
CAMPUS SÃO BORJA

**ANEXO XI
TERMO DE COMPROMISSO**

Pelo presente Termo de Compromisso, eu, _____, estudante do Curso de _____, Matrícula _____, CPF: _____, **caso seja contemplado/a** com o Auxílio Permanência do Instituto Federal Farroupilha, *Campus* _____, declaro estar ciente:

- 1- Do **Regulamento de Concessão de Auxílios do IFFar**;
- 2- Que o recebimento deste auxílio do IFFar não estabelece nenhum vínculo empregatício com o Instituto;
- 3- Das razões que podem levar à suspensão ou cancelamento do auxílio permanência;
- 4- Dos valores do auxílio permanência, que variam de acordo com o Índice de Vulnerabilidade Socioeconômica;
- 5- Que devo comunicar à CAE do meu campus qualquer alteração na situação socioeconômica minha ou de meus familiares;
- 6- Que na condição de suplente/lista de espera não farei jus ao recebimento de valores retroativos, devendo aguardar publicação de edital de convocação no site do meu *campus*, sendo que só farei jus ao pagamento do auxílio após comparecimento na CAE, para atualização dos dados deste termo.
- 7- Solicito que o valor do auxílio seja depositado em minha conta bancária, conforme comprovação anexa. **A informação dos dados bancários é opcional no ato da inscrição e preenchimento deste formulário. Caso você não tenha conta bancária no período de inscrição, poderá informar após a publicação do resultado final, no prazo estipulado pelo cronograma (Anexo I).**

Banco: _____, agência: _____, conta nº: _____,

Assumo, pois, o compromisso de cumprir com o **Regulamento de Concessão dos Auxílios da Assistência Estudantil do IFFar**.

_____, _____ de _____ de 202__.

Assinatura do/a estudante

Assinatura do/a responsável



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA
CAMPUS SÃO BORJA