



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO TRIÂNGULO MINEIRO
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO

Av. Dr. Randolpho Borges Junior nº 2900 - Univerdecidade – CEP: 38064-200 – Uberaba/MG
Telefone: (34) 3326-1124 / Fax: (34) 3326-1101 / Email: proext@iftm.edu.br

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL
MODELO DE AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO DE MENOR DE IDADE

Nome do estudante: _____
(*candidato*)

Eu, _____,
portador do RG _____ e CPF _____,
responsável pelo o estudante supracitado, autorizo-o a participar Programa de Assistência Estudantil
do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Triângulo Mineiro, concordando com os
termos do edital em questão e do regulamento do citado programa.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do responsável



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO TRIÂNGULO MINEIRO
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO

Av. Dr. Randolpho Borges Junior nº 2900 - Univerdecidade – CEP: 38064-200 – Uberaba/MG
Telefone: (34) 3326-1124 / Fax: (34) 3326-1101 / Email: proext@iftm.edu.br

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL
MODELO DE DECLARAÇÃO DE PESSOA SEM RENDA

Nome do estudante: _____
(*candidato ao benefício*)

Eu, _____,
portador do RG _____ e do CPF _____, nos termos
do Regulamento do Programa de Assistência Estudantil do Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia do Triângulo Mineiro, declaro não ter exercido atividade remunerada e nem ter recebido
apoio financeiro de qualquer natureza no(s) mês(es)

(*Marcar o mês ou os meses nos quais não exerceu atividade remunerada*)

- Mês 1, que refere-se ao mês _____ do ano de _____.
- Mês 2, que refere-se ao mês _____ do ano de _____.
- Mês 3, que refere-se ao mês _____ do ano de _____.

por um ou mais dos motivos expostos a seguir:

- Invalidez ou deficiência
- Doença
- Outros. Especificar: _____

Declaro estar ciente que poderão ser realizadas entrevistas ou visitas domiciliares para dirimir
qualquer dúvida pertinente a documentação apresentada e que, persistindo a dúvida, poderão ser
exigidos novos documentos comprobatórios que auxiliem na decisão final.

Declaro estar ciente que é de minha inteira responsabilidade a veracidade das informações prestadas
neste documento, sendo que a declaração inverídica tipifica o crime de falsidade ideológica, previsto
no art. 299 do Código Penal.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do declarante ou do responsável legal do declarante caso ele seja menor de idade



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO TRIÂNGULO MINEIRO
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO

Av. Dr. Randolpho Borges Junior nº 2900 - Univerdecidade – CEP: 38064-200 – Uberaba/MG
Telefone: (34) 3326-1124 / Fax: (34) 3326-1101 / Email: proext@iftm.edu.br

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL
MODELO DE DECLARAÇÃO DE PROFISSIONAL INFORMAL

Nome do estudante: _____
(*candidato ao benefício*)

Eu, _____,
portador do RG _____ e CPF _____,
nos termos do Regulamento do Programa de Assistência Estudantil do Instituto Federal de Educação,
Ciência e Tecnologia do Triângulo Mineiro, declaro que estava como autônomo no(s) mês(es):

(*Marcar o mês ou os meses nos quais não exerceu atividade remunerada*)

- Mês 1, que refere-se ao mês _____ do ano de _____.
- Mês 2, que refere-se ao mês _____ do ano de _____.
- Mês 3, que refere-se ao mês _____ do ano de _____.

Declaro que no (s) mês (s) marcado (s), exerci atividade
_____, perfazendo uma renda mensal bruta,
aproximadamente, de R\$ _____, _____ (_____)
reais.

Declaro estar ciente que poderão ser realizadas entrevistas ou visitas domiciliares para dirimir
qualquer dúvida pertinente a documentação apresentada e que, persistindo a dúvida, poderão ser
exigidos novos documentos comprobatórios que auxiliem na decisão final.

Declaro estar ciente que é de minha inteira responsabilidade a veracidade das informações prestadas
neste documento, sendo que a declaração inverídica tipifica o crime de falsidade ideológica, previsto
no art. 299 do Código Penal.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do declarante ou do responsável legal do declarante caso ele seja menor de idade



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO TRIÂNGULO MINEIRO
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO

Av. Dr. Randolpho Borges Junior nº 2900 - Univerdecidade – CEP: 38064-200 – Uberaba/MG
Telefone: (34) 3326-1124 / Fax: (34) 3326-1101 / Email: proext@iftm.edu.br

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL
MODELO DE DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA I

Eu, _____,
portador do RG _____ e CPF _____,
nos termos da lei 7115 de 29 de agosto de 1983 e em atendimento ao Programa de Assistência
Estudantil do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Triângulo Mineiro, declaro que
resido no imóvel localizado na cidade de _____ na rua/avenida
_____, nº _____, bairro _____.

Declaro estar ciente que poderão ser realizadas entrevistas ou visitas domiciliares para dirimir
qualquer dúvida pertinente a documentação apresentada e que, persistindo a dúvida, poderão ser
exigidos novos documentos comprobatórios que auxiliem na decisão final.

Declaro estar ciente que é de minha inteira responsabilidade a veracidade das informações prestadas
neste documento, sendo que a declaração inverídica tipifica o crime de falsidade ideológica, previsto
no art. 299 do Código Penal.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO TRIÂNGULO MINEIRO
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO

Av. Dr. Randolpho Borges Junior nº 2900 - Univerdecidade – CEP: 38064-200 – Uberaba/MG
Telefone: (34) 3326-1124 / Fax: (34) 3326-1101 / Email: proext@iftm.edu.br

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL
MODELO DE DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA II (MENOR DE IDADE)

Nome do estudante: _____
(beneficiado)

Eu, _____,
portador do RG _____ e CPF _____,
responsável legal pelo estudante supracitado, nos termos da lei 7115 de 29 de agosto de 1983 e em
atendimento ao Programa de Assistência Estudantil do Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia do Triângulo Mineiro, declaro que o mesmo reside no imóvel localizado na cidade de
_____ na rua/avenida _____,
nº _____, bairro _____.

Declaro estar ciente que poderão ser realizadas entrevistas ou visitas domiciliares para dirimir
qualquer dúvida pertinente a documentação apresentada e que, persistindo a dúvida, poderão ser
exigidos novos documentos comprobatórios que auxiliem na decisão final.

Declaro estar ciente que é de minha inteira responsabilidade a veracidade das informações prestadas
neste documento, sendo que a declaração inverídica tipifica o crime de falsidade ideológica, previsto
no art. 299 do Código Penal.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO TRIÂNGULO MINEIRO
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO

Av. Dr. Randolpho Borges Junior nº 2900 - Univerdecidade – CEP: 38064-200 – Uberaba/MG
Telefone: (34) 3326-1124 / Fax: (34) 3326-1101 / Email: proext@iftm.edu.br

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL
MODELO DE TERMO DE DESISTÊNCIA

Eu, _____,
discente regularmente matriculado no *campus* _____, venho apresentar a
desistência da classificação no edital ___/___, sendo o caso, com exclusão do nome da lista de
classificação do citado edital, pelos motivos abaixo relacionados.

CURSO: _____

TURNO: _____ PERÍODO/SÉRIE/TURMA: _____

RA: _____ CPF: _____ RG: _____

Justificativa da desistência:

Declaro estar ciente que, a apresentação do respectivo termo de desistência, implica automaticamente na rescisão do pagamento mensal do benefício em questão, podendo esta vaga ser preenchida por outro estudante, respeitando-se a ordem de classificação do referido edital de seleção.

_____, ____ de _____ de ____.

Assinatura do(a) estudante(a)

Assinatura do(a) responsável
(quando menor)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO TRIÂNGULO MINEIRO
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO

Av. Dr. Randolpho Borges Junior nº 2900 - Univerdecidade – CEP: 38064-200 – Uberaba/MG
Telefone: (34) 3326-1124 / Fax: (34) 3326-1101 / Email: proext@iftm.edu.br

**PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL
MODELO DE TERMO DE DESLIGAMENTO**

A coordenação _____, responsável pelo programa de assistência estudantil, no uso de suas atribuições, resolve **DESLIGAR**, nos termos da resolução nº 57/2018, de 11 de dezembro de 2018, o aluno:

NOME: _____

CPF: _____ RG: _____

CURSO: _____ RA: _____

MODALIDADE: _____ EDITAL: _____

Motivo do desligamento do Programa:

- Interrupção da condição de vulnerabilidade social.
- Infrequência nos termos dos itens 7.4 “d” e 7.5 do edital de seleção.
- Desistência do Programa.
- Conclusão do curso.
- Pendências de caráter disciplinar ou financeiro, tais como, infrações ao regulamento disciplinar do corpo discente do IFTM e danos ao patrimônio público e privado.
- Inveracidade nas informações prestadas pelo candidato no processo seletivo.
- Desconfiguração da condição de vulnerabilidade social e econômica.
- Cortes nos recursos destinados ao programa de assistência estudantil pelo governo federal.
- Participação em progra de mobilidade acadêmica.

Justificativa para o desligamento do aluno:

_____, ____ de _____ de ____.

Coordenador responsável pelo programa de assistência estudantil

De Acordo:

Chefia Imediata



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO TRIÂNGULO MINEIRO
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO

Av. Dr. Randolpho Borges Junior nº 2900 - Univerdecidade – CEP: 38064-200 – Uberaba/MG
Telefone: (34) 3326-1124 / Fax: (34) 3326-1101 / Email: proext@iftm.edu.br

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL
MODELO DE ATA (ENTREVISTA/VISITA DOMICILIAR)

Nome do estudante: _____

(*candidato ao benefício*)

<i>Pauta:</i>		
<i>Data:</i>	<i>Horário:</i>	<i>Local:</i>

<i>Participantes</i>	
1-	6-
2-	7-
3-	8-
4-	9-
5-	10-

<i>Resumo dos principais pontos</i>

<i>Relatório</i>

<i>Assinatura dos Participantes</i>
1-
2-
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-