



ANEXO I

DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA (ORIGINAIS E CÓPIAS)

1. DO/A ALUNO:

- Uma (01) foto: 3x4 (mais recente);
- Carteira de Identidade (RG) e CPF (obrigatório);
- Comprovação de Renda;
- Comprovante de residência (conta de água ou energia elétrica recente)

2. PARA TODOS OS INTEGRANTES DO NÚCLEO FAMILIAR MAIORES DE 18 ANOS:

- Comprovação de Renda (maior de idade):
 - ✓ **Empregados Formais:** contracheque referente aos últimos três (03) meses trabalhados;
 - ✓ **Empregados Informais:** declaração de renda conforme modelo em anexo no edital;
 - ✓ **Trabalhadores Rurais ou Pescadores:** carteira do agricultor ou pescador acompanhado da declaração de renda conforme modelo em anexo no edital;
 - ✓ **Desempregados:** declaração de renda atual (modelo em anexo no edital);
 - ✓ **Aposentados/Pensionistas:** último extrato de depósito do INSS constando o nome e renda do Beneficiário;
 - ✓ **Benefício de Prestação Continuada – BPC:** último extrato de depósito do INSS constando o nome do Beneficiário e valor;
 - ✓ **Beneficiários de Programas Assistenciais (tais como: Bolsa Família):** último extrato demonstrando o valor recebido;
 - ✓ **Comprovante de pensão alimentícia, se os pais ou o/a candidato/a receber/em (referente ao último mês recebido).**

3. DEMAIS DOCUMENTOS:

- Cópia de contrato de aluguel (se for o caso de pedido de Auxílio Moradia);
- Certidão de Nascimento de filho/s, com idade até seis anos (nos casos de solicitação de Auxílio Creche);
- Cópia do Boletim da última Etapa/Módulo/Semestre (fornecido pelo DEPE e/ou Registro Acadêmico).

ANEXO II

PROGRAMA SOCIOASSISTENCIAL ESTUDANTIL - 2º SEMESTRE/2019
FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO SOCIOASSISTENCIAL

1. IDENTIFICAÇÃO DO DISCENTE:

Nome: _____

Curso: _____ N° de Matrícula: _____

Série/Turma: _____ Turno: () DIURNO () NOTURNO

Modalidade: () INTEGRADO () SUBSEQUENTE () EJA

CPF: _____ RG: _____

Qual é sua profissão? _____ Qual é sua renda bruta mensal? _____

Endereço atual: _____

Bairro: _____ Ponto de referência: _____

Telefones:() _____ () _____ E-mail: _____

Cor/Raça: () branca () parda () negra () indígena/ Qual sua Etnia: _____ Naturalidade: _____

Data do Nascimento: ___/___/_____ IDADE:___ Sexo: ()Feminino ()Masculino

Filiação: PAI: _____ MÃE: _____

No ato da matrícula você morava em outro município/comunidade ou distrito? () SIM () NÃO Caso sua resposta seja sim, onde morava? _____ Reside no Município de São Gabriel há quanto tempo? _____

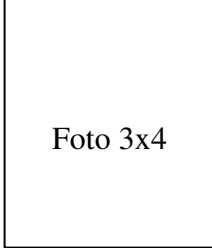


Foto 3x4

MARQUE COM UM "X" NA QUANTIDADE DE BENS EXISTENTES EM SUA RESIDÊNCIA:

Discriminação	Quantidade				Discriminação	Quantidade				Discriminação	Quantidade			
	0	1	2	3		0	1	2	3		0	1	2	3
Moto					Carro					Ar Condicionado				
TV por Assinatura					Tablet					Máquina de Lavar Roupa				
Internet					Micro computador					Celular				
Linha Telefônica					Computador Notebook									

2. SITUAÇÃO HABITACIONAL DO DISCENTE:

Tipo de moradia de sua família:() Própria () Alugada () Cedida () Outros _____

4. SITUAÇÃO FAMILIAR

4.1 Estado Civil do Discente: () Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Divorciado () Vive com companheiro(a)

4.2 Estado Civil dos Pais do Discente: () Casados () Separados () Pai Falecido () Mãe Falecida () Outros.

4.3 No caso de Pais Separados, você, seu pai ou mãe recebem pensão alimentícia? () Não () Sim. Valor: R\$ _____

4.4 Você tem Filhos? () Não () Sim. Quantos? _____ Quais as Idades de cada um? _____

4.5 Você paga pensão alimentícia a filhos ou ex-cônjuge?() Não () Sim. Valor: R\$ _____

4.6 Você recebe pensão alimentícia para seus filhos? () Não () Sim. Valor: R\$ _____

5. ESCOLA DE ORIGEM ANTES DE ESTUDAR NO IFAM FOI EM:

() Escola Municipal () Escola Estadual () Escola Particular: () Com bolsa integral () Com bolsa parcial () Sem bolsa

5.1 Sua família recebe bolsa família? () SIM () NÃO Caso sim, qual valor? _____

5.2 Das pessoas citadas acima, além de você alguma estuda no IFAM? () Não () Sim.

Caso afirmativo, qual(is) o(os) nome(s)?
_____ Em _____ que _____ campus
estuda(m)? _____ Qual(is) Curso(s)? _____

6. PLANOS PARA CONCLUIR O CURSO:() Emprego () Continuar os Estudos () Ainda não decidiu

7. COMPOSIÇÃO FAMILIAR E SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA:

7.1 Contando com você, quantas pessoas moram na sua casa? _____

7.2 Escreva os nomes de todas as pessoas do seu grupo familiar (que moram com você), inclusive o seu nome:

Nº	Nome dos Membros da Família	Parentesco	Escolaridade	Profissão/ Ocupação	Idade	Renda mensal (R\$)
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						

8. DADOS DE SAÚDE:

6.1- Você possui alguma deficiência? () Nenhuma () Visual () Físico-Motora () Auditiva () De Fala

6.2- Existe caso de doença grave ou crônica no Núcleo Familiar? Caso sim, relacione-o(s) a seguir:

Nome	Grau de parentesco	Doença	Despesa Mensal (R\$)

9. GASTOS FAMILIARES MENSAIS:

Despesas	Sim	Não	Valor Aproximado (R\$)	Despesas	Sim	Não	Valor Aproximado (R\$)	Despesas	Sim	Não	Valor Aproximado (R\$)
Aluguel				Farmácia				Alimentação			
Telefone (celular + fixo)				Internet				Empregada Doméstica			
Energia Elétrica				Gás				Saúde (dentista)			
Combustível				Transporte				Vestuário			
Educação				Seguro (saúde, de vida, residencial, veículo etc.)							

10. CONDIÇÕES DE TRANSPORTE:

8.1 Que meio de transporte utiliza para chegar ao IFAM Campus São Gabriel da Cachoeira?

() A pé () Carona () Bicicleta () Ônibus escolar do IFAM () Transporte Próprio/Carro ou Moto () Moto-Taxi () Lotação () Transporte Fluvial () Nenhum, moro na residência do IFAM.

8.2 Quem paga o transporte escolar? _____ Quanto tempo gasta entre a Escola (campus do IFAM) até sua residência? _____ Qual seu gasto mensal com transporte até o IFAM? _____

11. MARQUE O(S) BENEFÍCIO(S) DE SEU INTERESSE:

() Material didático-pedagógico () Alimentação () Creche () Transporte () Moradia () Alojamento

12. JUSTIFIQUE O MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DO BENEFÍCIO:

Declaro sob as penalidades da Lei (ART.299 do Código Penal), que as declarações supracitadas nesse Cadastro Socioeconômico correspondem à verdade e estou ciente de que a constatação de fraude ou omissão nas informações declaradas poderá acarretar o indeferimento do benefício.

São Gabriel da Cachoeira (AM), / /2019.

Assinatura do Discente

Assinatura do Pai, Mãe e/ou Responsável



PROGRAMA SOCIOASSISTENCIAL ESTUDANTIL
FICHA DE RENOVAÇÃO PARA O PROGRAMA SOCIOASSISTENCIAL-IFAM 2º SEMESTRE/2019
RENOVAÇÃO DE BENEFÍCIOS

1- IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE:

Nome: _____ IDADE: _____ Matrícula: _____
Turma: _____ Turno: _____ Modalidade: () INTEGRADO () SUBSEQUENTE () EJA
Endereço: _____
Bairro: _____ Ponto de referência: _____
Contato Celular: () _____ Recado () _____

2 -DADOS DA FAMÍLIA/ PESSOAS QUE MORAM NA SUA RESIDÊNCIA:

Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo você? _____

Nº	Nome do membro da família	Parentesco	Escolaridade	Profissão/Ocupação	Idade	Estado civil	Renda mensal (R\$)	Benefício
01								
02								
03								
04								
05								
06								

3- GASTOS FAMILIARES MENSIS:

Despesas:	Sim	Não	Valor aproximado	Despesas:	Sim	Não	Valor aproximado	Despesas:	Sim	Não	Valor aproximado
Aluguel				Saúde				Educação			
Prestação da casa própria				Alimentação				Empregada doméstica			
Vestuário				Telefone (celular+fixo)				Empréstimo bancário			
Farmácia				Gás				Internet			
Energia Elétrica				Transporte				Combustível			



PROGRAMA SOCIOASSISTENCIAL ESTUDANTIL
FICHA DE RENOVAÇÃO PARA O PROGRAMA SOCIOASSISTENCIAL-IFAM 2º SEMESTRE/2019
RENOVAÇÃO DE BENEFÍCIOS

1- IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE:

Nome: _____ IDADE: _____ Matrícula: _____
Turma: _____ Turno: _____ Modalidade: () INTEGRADO () SUBSEQUENTE () EJA
Endereço: _____
Bairro: _____ Ponto de referência: _____
Contato Celular: () _____ Recado () _____

2 -DADOS DA FAMÍLIA/ PESSOAS QUE MORAM NA SUA RESIDÊNCIA:

Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo você? _____

Nº	Nome do membro da família	Parentesco	Escolaridade	Profissão/Ocupação	Idade	Estado civil	Renda mensal (R\$)	Benefício
01								
02								
03								
04								
05								
06								

3- GASTOS FAMILIARES MENSIS:

Despesas:	Sim	Não	Valor aproximado	Despesas:	Sim	Não	Valor aproximado	Despesas:	Sim	Não	Valor aproximado
Aluguel				Saúde				Educação			
Prestação da casa própria				Alimentação				Empregada doméstica			
Vestuário				Telefone (celular+fixo)				Empréstimo bancário			
Farmácia				Gás				Internet			
Energia Elétrica				Transporte				Combustível			

2.1 Das pessoas citadas acima, além de você alguma estuda no IFAM? () Não () Sim.

Caso afirmativo, qual(is) o(os) nome(s)? _____

2.2 A família recebe bolsa família: () SIM () NÃO Qual valor R\$: _____

2.3 Você participa de projeto no IFAM: () SIM () NÃO Caso sim, qual projeto: _____ valor da bolsa: R\$ _____

2.4 Sua família recebe bolsa família? () SIM () NÃO, Caso sim, qual valor? _____

2.5 Das pessoas citadas acima, além de você alguma estuda no IFAM? () Não () Sim. Caso afirmativo, qual(is) o(os) nome(s)? _____
Em que campus estuda(m)? _____ Qual(is) Curso(s)? _____

5. **CONDIÇÕES DE TRANSPORTE:** Atualmente, qual o meio de transporte utiliza para chegar ao seu *Campus* IFAM? _____

6. **ESCOLA DE ORIGEM ANTES DE ESTUDAR NO IFAM FOI EM:** () Escola Municipal () Escola Estadual () Escola Particular: () Com bolsa integral () Com bolsa parcial () Sem bolsa

7. **PLANOS PARA CONCLUIR O CURSO:** () Emprego () Continuar os Estudos () Ainda não decidiu

8. **SITUAÇÃO ESCOLAR:** No semestre anterior, você foi: () Aprovado () Reprovado () Dependência ()
Quantas disciplinas _____ Caso esteja em dependência, quais são as disciplinas: _____

9. NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2019 VOCÊ FOI BENEFICIÁRIO DA ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL?

Não () Sim () Quais benefícios recebidos: _____

10. MARQUE O(S) BENEFÍCIO(S) DE SEU INTERESSE:

() **Benefício Alimentação** () **Benefício Transporte** () **Benefício Moradia**

() **Benefício Material Didático Pedagógico e Escolar** () **Benefício Creche**

11. MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DO BENEFÍCIO:

Declaro sob as penalidades da Lei (ART.299 do Código Penal), que as declarações supracitadas nessa Ficha de Renovação de Benefício correspondem a verdade e estou ciente de que a constatação de fraude ou omissão nas informações declaradas poderá acarretar o indeferimento do benefício.

São Gabriel da Cachoeira (AM), ___/___/2019.

Assinatura do Estudante

Assinatura do Responsável

2.1 Das pessoas citadas acima, além de você alguma estuda no IFAM? () Não () Sim.

Caso afirmativo, qual(is) o(os) nome(s)? _____

2.2 A família recebe bolsa família: () SIM () NÃO Qual valor R\$: _____

2.3 Você participa de projeto no IFAM: () SIM () NÃO Caso sim, qual projeto: _____ valor da bolsa: R\$ _____

2.4 Sua família recebe bolsa família? () SIM () NÃO, Caso sim, qual valor? _____

2.5 Das pessoas citadas acima, além de você alguma estuda no IFAM? () Não () Sim. Caso afirmativo, qual(is) o(os) nome(s)? _____
Em que campus estuda(m)? _____ Qual(is) Curso(s)? _____

9. **CONDIÇÕES DE TRANSPORTE:** Atualmente, qual o meio de transporte utiliza para chegar ao seu *Campus* IFAM? _____

10. **ESCOLA DE ORIGEM ANTES DE ESTUDAR NO IFAM FOI EM:** () Escola Municipal () Escola Estadual () Escola Particular: () Com bolsa integral () Com bolsa parcial () Sem bolsa

11. **PLANOS PARA CONCLUIR O CURSO:** () Emprego () Continuar os Estudos () Ainda não decidiu

12. **SITUAÇÃO ESCOLAR:** No semestre anterior, você foi: () Aprovado () Reprovado () Dependência ()
Quantas disciplinas _____ Caso esteja em dependência, quais são as disciplinas: _____

9. NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2019 VOCÊ FOI BENEFICIÁRIO DA ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL?

Não () Sim () Quais benefícios recebidos: _____

10. MARQUE O(S) BENEFÍCIO(S) DE SEU INTERESSE:

() **Benefício Alimentação** () **Benefício Transporte** () **Benefício Moradia**

() **Benefício Material Didático Pedagógico e Escolar** () **Benefício Creche**

11. MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DO BENEFÍCIO:

Declaro sob as penalidades da Lei (ART.299 do Código Penal), que as declarações supracitadas nessa Ficha de Renovação de Benefício correspondem a verdade e estou ciente de que a constatação de fraude ou omissão nas informações declaradas poderá acarretar o indeferimento do benefício.

São Gabriel da Cachoeira (AM), ___/___/2019.

Assinatura do Estudante

Assinatura do Responsável



DECLARAÇÃO DE NÃO POSSUIR RENDA

Eu, _____,
residente e domiciliado neste município, situado na Rua / Avenida _____,
nº _____, Bairro: _____,
inscrito no CPF sob N° _____ DECLARO que atualmente não estou desenvolvendo
Nenhuma atividade que gere renda.

Declaro, ainda, que as informações acima apresentadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

São Gabriel da Cachoeira / AM, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Declarante

Declaro, sob as penas da Lei, que todas as informações por mim prestadas são expressão da verdade e estou ciente de que qualquer declaração falsa ensejará a aplicação das penalidades previstas nos arts. 171 e 299 do Código Penal Brasileiro.

NOME DO (A) ALUNO(A): _____

CURSO: _____ TURMA/ANO: _____

MODALIDADE: () INTEGRADO () SUBSEQUENTE () PROEJA



DECLARAÇÃO DE NÃO POSSUIR RENDA

Eu, _____,
residente e domiciliado neste município, situado na Rua / Avenida _____,
nº _____, Bairro: _____,
inscrito no CPF sob N° _____ DECLARO que atualmente não estou desenvolvendo
Nenhuma atividade que gere renda.

Declaro, ainda, que as informações acima apresentadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

São Gabriel da Cachoeira / AM, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Declarante

Declaro, sob as penas da Lei, que todas as informações por mim prestadas são expressão da verdade e estou ciente de que qualquer declaração falsa ensejará a aplicação das penalidades previstas nos arts. 171 e 299 do Código Penal Brasileiro.

NOME DO (A) ALUNO(A): _____

CURSO: _____ TURMA/ANO: _____

MODALIDADE: () INTEGRADO () SUBSEQUENTE () PROEJA



DECLARAÇÃO DE RENDA FAMILIAR – AUTÔNOMO

Eu, _____,
residente e domiciliado neste município, situado na Rua / Avenida _____,
n° _____, Bairro: _____,
inscrito no CPF sob N° _____ DECLARO que possuo renda familiar mensal no
total de R\$ _____ (_____
originada das atividades na condição de _____.
Declaro, ainda, que as informações acima apresentadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

São Gabriel da Cachoeira / AM, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Declarante

Declaro, sob as penas da Lei, que todas as informações por mim prestadas são expressão da verdade e estou ciente de que qualquer declaração falsa ensejará a aplicação das penalidades previstas nos arts. 171 e 299 do Código Penal Brasileiro.

NOME DO (A) ALUNO(A): _____

CURSO: _____ TURMA/ANO: _____

MODALIDADE: () INTEGRADO () SUBSEQUENTE () PROEJA



DECLARAÇÃO DE RENDA FAMILIAR – AUTÔNOMO

Eu, _____,
residente e domiciliado neste município, situado na Rua / Avenida _____,
n° _____, Bairro: _____,
inscrito no CPF sob N° _____ DECLARO que possuo renda familiar mensal no
total de R\$ _____ (_____
originada das atividades na condição de _____.
Declaro, ainda, que as informações acima apresentadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

São Gabriel da Cachoeira / AM, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Declarante

Declaro, sob as penas da Lei, que todas as informações por mim prestadas são expressão da verdade e estou ciente de que qualquer declaração falsa ensejará a aplicação das penalidades previstas nos arts. 171 e 299 do Código Penal Brasileiro.

NOME DO (A) ALUNO(A): _____

CURSO: _____ TURMA/ANO: _____

MODALIDADE: () INTEGRADO () SUBSEQUENTE () PROEJA



ANEXO V

PORTARIA NORMATIVA Nº 18 – MEC (ANEXO II) QUE NOMATIZA SOBRE O ROL DE DOCUMENTOS MÍNIMOS RECOMENDADOS PARA COMPROVAÇÃO DA RENDA FAMILIAR BRUTA MENSAL

1. TRABALHADORES ASSALARIADOS

- 1.1 Contracheques;
- 1.2 Declaração de IRPF acompanhada do recibo de entrega à Receita Federal do Brasil e da respectiva notificação de restituição, quando houver;
- 1.3 CTPS registrada e atualizada;
- 1.4 CTPS registrada e atualizada ou carnê do INSS com recolhimento em dia, no caso de empregada doméstica;
- 1.5 Extrato atualizado da conta vinculada do trabalhador no FGTS;
- 1.6 Extratos bancários dos últimos três meses, pelo menos.

2. ATIVIDADE RURAL

- 2.1 Declaração de IRPF acompanhada do recibo de entrega à Receita Federal do Brasil e da respectiva notificação de restituição, quando houver;
- 2.2 Declaração de Imposto de Renda Pessoa Jurídica - IRPJ;
- 2.3 Quaisquer declarações tributárias referentes a pessoas jurídicas vinculadas ao candidato ou a membros da família, quando for o caso;
- 2.4 Extratos bancários dos últimos três meses, pelo menos, da pessoa física e das pessoas jurídicas vinculadas;
- 2.5 Notas fiscais de vendas.

3. APOSENTADOS E PENSIONISTAS

- 3.1 Extrato mais recente do pagamento de benefício;
- 3.2 Declaração de IRPF acompanhada do recibo de entrega à Receita Federal do Brasil e da respectiva notificação de restituição, quando houver;
- 3.3 Extratos bancários dos últimos três meses, pelo menos.

4. AUTÔNOMOS E PROFISSIONAIS LIBERAIS



- 4.1 Declaração de IRPF acompanhada do recibo de entrega à Receita Federal do Brasil e da respectiva notificação de restituição, quando houver;
- 4.2 Quaisquer declarações tributárias referentes a pessoas jurídicas vinculadas ao candidato ou a membros de sua família, quando for o caso;
- 4.3 Guias de recolhimento ao INSS com comprovante de pagamento do último mês, compatíveis com a renda declarada;
- 4.4 Extratos bancários dos últimos três meses.

5. RENDIMENTOS DE ALUGUEL OU ARRENDAMENTO DE BENS MÓVEIS E IMÓVEIS

- 5.1 Declaração de Imposto de Renda Pessoa Física – IRPF acompanhada do recibo de entrega à Receita Federal do Brasil e da respectiva notificação de restituição, quando houver;
- 5.2 Extratos bancários dos últimos três meses, pelo menos.
- 5.3 Contrato de locação ou arrendamento devidamente registrado em cartório acompanhado dos três últimos comprovantes de recebimento.



ANEXO VI

POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL/PROGRAMA SOCIOASSISTENCIAL

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____ aluno (a), da turma: _____, matrícula _____ CPF: _____ declaro conhecer o Programa de Assistência Estudantil do IFAM-XXXXX, que disponibilizará Benefício Socioassistencial e comprometo-me a cumprir as normas abaixo, como participante deste Programa.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DEVER DO ESTUDANTE:

- I. Realizar cadastro social e entrevista junto ao Serviço Social;
- II. Entregar todos os documentos necessários à inserção no Programa;
- III. Comunicar ao Serviço Social qualquer mudança na situação socioeconômica e familiar;
- IV. Comunicar ao Serviço Social a desistência do curso, o trancamento de matrícula ou o desligamento do IFAM- XXXXX;
- V. Cumprir as Normas Disciplinares da Instituição;
- VI. Cumprir as atividades acadêmicas de seu curso, devendo apresentar bimestral/semestralmente o seu boletim escolar ao Serviço Social;
- VII. Frequentar as aulas com assiduidade igual ou superior a 75%;
- VIII. Ser Aprovado (a);
- IX. Acompanhar as informações a respeito da Política de Assistência Estudantil e comparecer ao Serviço Social sempre que convocado para as reuniões.
- X. Frequentar as aulas/atividades de reforço quando for detectado baixo rendimento escolar.

CLÁUSULA SEGUNDA – DIREITO DO ESTUDANTE:

1. O Estudante prioritariamente em situação de vulnerabilidade social terá direito a concessão de benefício social mensal, para custear despesas educacionais com a sua permanência no período letivo, de acordo com a dotação orçamentária do IFAM-XXXX.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO ENCERRAMENTO DA CONCESSÃO DO BENEFÍCIO:

- I. Deixar de apresentar o documento comprobatório de frequência e rendimento escolar, por quaisquer motivos, bimestral e semestralmente (dependendo do nível e modalidade de ensino e o período de entrega de notas e frequências);
- II. Reprovação no curso (baixa frequência e baixo rendimento escolar); Havendo frequência inferior a 75%, serão averiguadas as causas da infrequência e realizados os encaminhamentos necessários.



- III. Transferência escolar para outra instituição de ensino;
- IV. Trancamento de Matrícula;
- V. Estar sendo beneficiado por outros Programas/Projetos no âmbito do IFAM que concedam benefícios de mesma natureza que o Programa Socioassistencial Estudantil.
- VI. Utilização dos benefícios recebidos pelo estudante para outra destinação que não o custeio de suas despesas educacionais;
- VII. Constatação de inidoneidade de documento apresentado ou falsidade de informação prestada pelo estudante em seu cadastro social;
- VIII. Iniciativa do estudante beneficiado;
- IX. Infringir as Normas Disciplinares da Instituição.

- X. Não será mantido o benefício do estudante que for reprovado mais de uma vez na mesma disciplina ou período letivo, em qualquer curso, salvo se houver acompanhamento biopsicossocial-pedagógico, com parecer favorável à permanência no benefício.

CLÁUSULA QUARTA – DO DESCUMPRIMENTO DAS CONDICIONALIDADES DO PROGRAMA:

- 1º - Advertência verbal e escrita;
- 2º - Suspensão do benefício por 30 dias;
- 3º - Cancelamento da concessão do benefício.

Declaro estar ciente de que farei jus ao benefício socioassistencial enquanto cumprir todas as condicionalidades previstas no Programa Socioassistencial do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Amazonas.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Estudante

Assinatura do Responsável

Assinatura do Assistente Social