****

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO AMAZONAS**

**PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO**

**ANEXO IX – MODELO DE DECLARAÇÃO/CARTA DE ACEITE DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL PARCEIRA**

**EDITAL DE CHAMADA INTERNA Nº 04/2021 – PROEX/IFAM**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF n.º \_\_\_\_\_\_\_\_,dirigente da organização social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Localizada na comunidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no município de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(AM), declaro que o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, servidor (a) do Instituto Federal Do Amazonas (IFAM), Campus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, apresentou-me o projeto de extensão “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”, cujas atividades serão desenvolvidas em parceria com a organização social por mim dirigida, com anuência dos demais associados, e que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo e os eventuais riscos e benefícios das ações propostas. Desse modo, afirmo que ACEITO a realização do projeto de extensão, colocando-me à disposição para cooperar com a mobilização, execução das atividades e permitindo o uso de informações e imagens, dentro dos aspectos legais e éticos, para divulgação do projeto, desde que utilizadas para fins acadêmicos de ensino, pesquisa e extensão, sem finalidade de obtenção de lucro para ambas as partes.

Declaro para os devidos fins, estar ciente e apto a realizar a formalização da parceria que se estende de forma colaborativa com o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amazonas – IFAM, por meio do *Campus* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ao longo de \_\_\_\_ anos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (AM), \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

Nome do Representante

Nome da Organização