

## ANEXO II

Política de Assistência Estudantil  
Programa de Auxílio Permanência

### RECADASTRAMENTO PARA O 1º SEMESTRE DE 2020 TERMO DE COMPROMISSO - COM ALTERAÇÃO

Eu (aluno) \_\_\_\_\_,

CPF \_\_\_\_\_, Prontuário \_\_\_\_\_ Curso \_\_\_\_\_ Módulo \_\_\_\_\_,

Endereço: \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_,

Cidade: \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, venho solicitar recadastramento

no Programa de Auxílio Permanência para o primeiro semestre de 2020. Declaro que as informações socioeconômicas apresentadas por mim na seleção e/ou recadastramento se alteraram, havendo mudanças no meu grupo familiar no(s) seguinte(s) aspectos:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Endereço                  | <input type="checkbox"/> Nascimento                    |
| <input type="checkbox"/> Desemprego                | <input type="checkbox"/> Doença                        |
| <input type="checkbox"/> Ingresso em novo trabalho | <input type="checkbox"/> Ingresso em programas sociais |
| <input type="checkbox"/> Promoção no Trabalho      | <input type="checkbox"/> Moradia                       |
| <input type="checkbox"/> Aposentadoria             | <input type="checkbox"/> Outros. Especifique:          |
| <input type="checkbox"/> Morte                     | _____  |

**Você deverá anexar documentos que comprovem as alterações ocorridas. Por exemplo: holerite atualizado, comprovante do novo endereço, certidão de nascimento, etc.**

Estou ciente de que devo informar qualquer alteração de dados à Coordenadoria Sociopedagógica e que, caso decida desistir/abandonar e/ou trancar/cancelar o curso deverei comunicar formalmente à Coordenadoria Sociopedagógica. Em caso de recebimento indevido, a devolução aos cofres públicos é obrigatória. Estou ciente de que o deferimento desta solicitação dependerá da realização da rematrícula e verificação da frequência mínima de 75% no 2º semestre de 2019. Declaro ter conhecimento das Resoluções Nº 41 e Nº 42, de 2 de junho de 2015, e Instrução Normativa PRE/IFSP Nº001, de 05 de janeiro de 2016, que normatizam e orientam a Política de Assistência Estudantil do Instituto Federal de São Paulo.

Caraguatatuba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do aluno

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável (aluno menor de 18 anos)