**ANEXO II – Termo de Ciência ou Autorização do Responsável Legal**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, categoria (servidor, discente ou parceiro social)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba – IFPB, Campus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Matrícula/CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, comprometo-me a seguir as orientações estabelecidas na Instrução Normativa 01/2021-PROEXC/IFPB, bem como as demais determinações repassadas pelo coordenador(a) da ação de extensão ou cultura intitulada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (descrever a atividade/ evento) no período \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aprovada no Edital PROEXC nº\_\_\_/202\_.

Tendo sido devidamente orientado sobre todos os riscos que essa atividade de campo envolve, também acerca dos cuidados a serem observados, **DECLARO** estar ciente dos possíveis riscos inerentes às atividades a serem desenvolvidas, isentando o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia – IFPB, bem como os responsáveis por essa atividade de extensão, de qualquer responsabilidade, civil ou criminal. Quanto às atitudes de indisciplina, tenho Ciência de que o Regulamento Disciplinar do IFPB.

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | |  |   **AUTORIZAÇÃO** (Para estudante **MENOR DE IDADE**): Autorizamos a participação dele(a) na atividade presencial prevista.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura dos pais ou responsável legal acompanhada de cópia do RG e CPF (Menor de Idade)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Contato telefônico dos pais ou responsáveis pelo menor |

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | |  |   **TERMO DE CIÊNCIA** (Para servidor, parceiro social ou discente**MAIOR DE IDADE**): Estou ciente da minha participação na atividade presencial prevista.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Contato telefônico |

Anexar a este documento cópias autenticadas do RG e CPF dos pais ou responsáveis do(a) estudante quando este (a) for menor de idade.