

EDITAL Nº 12, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018

Seleção para o Programa de Atenção e Promoção à Saúde do Estudante, na modalidade auxílio em pecúnia para aquisição de óculos de grau, integrante da Política de Assistência Estudantil do IFPB na ação benefícios assistenciais.

A Direção de Desenvolvimento de Ensino do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba - Campus Sousa, no uso de suas atribuições estatutárias e regimentais, torna público o edital de seleção para o Programa de Atenção e Promoção à Saúde do Estudante, na modalidade auxílio em pecúnia para **aquisição de óculos de grau**, integrante da Política de Assistência Estudantil do IFPB na ação benefícios assistenciais.

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

1.1 Para efeito de definição dos termos utilizados neste edital conceitua-se:

- a) **Família:** grupo de pessoas reunidas por laços de parentescos e ou afinidade que formam um grupo doméstico, vivendo sob o mesmo domicílio e que se mantém pela contribuição de seus membros, de acordo com a Lei nº 10.836/2004, art. 2º, §1º.
- b) **Dependentes:** todos os membros que dependem da renda familiar, incluindo o estudante e os que percebem a renda.
- c) **Vulnerabilidade socioeconômica:** situações de empobrecimento da classe trabalhadora, relacionadas às dificuldades materiais para a manutenção de sua vivência, mas, também, às relações culturais e subjetivas, à fragilização de vínculos familiares, à violação de direitos e acesso (ou não) à proteção social, uma vez que esses fatores são determinantes na forma de viver dos trabalhadores e de suas famílias (ALVES; SEMZEZEM, 2013).
- d) **Renda familiar mensal:** a soma dos rendimentos brutos auferidos mensalmente pela totalidade dos membros da família, excluindo-se os rendimentos concedidos por programas oficiais de transferência de renda, nos termos do regulamento, de acordo com a Lei 10.836/2004, art. 2º, § 1º.
- e) **Renda familiar per capita:** a soma da totalidade dos rendimentos (valor bruto) obtidos pela família, incluindo o estudante, dividida pelo número de membros da unidade familiar.
- f) **Doenças crônicas:** são aquelas que, segundo a Portaria MS nº 483, de 1º de abril de 2014, apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura.

g) Pessoa com deficiência: que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas, de acordo com o Art. 2º, da Lei nº 13.146/2015.

2.DOS OBJETIVOS DOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL

2.1 A Política de Assistência Estudantil do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Paraíba, em consonância com o Estatuto e Regimento Geral do IFPB, dar-se-á mediante o estabelecimento de um conjunto de princípios e diretrizes estratégicas, materializadas através de programas que visam assegurar ao educando o acesso, a permanência e a conclusão do curso.

2.2 Em conformidade com o disposto no Decreto Nº 7.234, de 19 de julho de 2010 – Programa Nacional de Assistência Estudantil – PNAES, bem como considerando o Estatuto e o Regimento Geral do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia da Paraíba e a Política de Assistência Estudantil aprovada pelo Conselho Superior do IFPB, Resolução nº 12/2011, convalidada pela Resolução nº 40/2011, bem como pela Política de Assistência Estudantil (PAE), que deu-se através da resolução “ad referendum” nº 25 de 21 de junho de 2018, atender-se-á pelo presente edital o Programa de Atenção e Promoção à Saúde do Estudante, cujos objetivos são:

- I – fomentar o protagonismo estudantil na prevenção de doenças e promoção da saúde;
- II – incentivar a cultura de paz, prevenindo as diferentes expressões de violência;
- III – orientar sobre os riscos do uso de álcool e outras drogas;
- IV – abordar questões relativas à sexualidade e à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST/AIDS);
- V – realizar atividades voltadas à promoção da saúde, por meio de ações multidisciplinares;
- VI – diagnosticar e acompanhar, por meio de pesquisa, as condições de saúde dos estudantes;
- VII – custear e/ou ofertar, verificada a possibilidade orçamentária, a realização de exames médicos e a aquisição de órteses e próteses cuja necessidade esteja diretamente associada à qualidade do aprendizado do aluno;
- VIII – estimular a prática de exercícios físicos e manifestações culturais como fatores indispensáveis na perspectiva do fortalecimento da autoestima e da ressignificação de valores e atitudes socioculturais e pessoais;

IX – prover a articulação entre o IFPB e as unidades públicas de saúde com vista à atenção integral do estudante;

2.3 A competência prevista no inciso VII do § 1º do Art. 10 desta Resolução, para fins deste edital, se destina a estudantes em situação de vulnerabilidade social verificada por meio de análise socioeconômica realizada por assistente social do IFPB e que apresente **necessidades específicas prescritas por profissional competente (Oftalmologista)**.

2.4 São condições/critérios para acesso ao programa nesta modalidade:

I – Apresentar necessidades específicas prescritas pelo profissional competente (Oftalmologista) e possuir, para atendimento prioritário, renda familiar per capita não excedente a 1,5 (um e meio) salários mínimos nacional, o que corresponde a R\$1.431,00 (mil quatrocentos e trinta e um reais) por membro familiar;

II – Estar matriculado em curso presencial e frequentando regularmente o curso no IFPB Campus Sousa;

IV – anexar toda a documentação exigida no Edital que orienta o processo seletivo do Programa.

2.5 O Programa de Atenção e Promoção à Saúde do Estudante que se refere o item 2 é operacionalizado por meio de auxílio financeiro aos estudantes, com dotação orçamentária destinada pela fonte de recursos 100 da ação 108847. O auxílio financeiro será concedido em parcela única ao discente, **para aquisição de óculos de grau**, praticados durante a vigência do presente edital.

2.6 Havendo saldo/sobra dos recursos destinados ao programa, os valores desses serão remanejados para outros programas da assistência ao educando, que não necessariamente por meio deste edital.

2.7 Valor do auxílio estudantil referente ao programa supracitado será repassado até o limite orçamentário destinado ao campus.

3.DO BENEFÍCIO

3.1 Entende-se por Programa de Atenção e Promoção à Saúde do Estudante, na modalidade auxílio em pecúnia para **aquisição de óculos de grau**, o auxílio financeiro destinado à cobertura parcial ou total das despesas dos discentes com aquisição de óculos de grau.

3.2 A concessão de auxílio financeiro visando à aquisição de óculos será realizada nas formas e condições estabelecidas neste edital.

3.3 O auxílio financeiro de que trata o tópico anterior é destinado à aquisição de dispositivo usado para auxiliar e/ou corrigir a visão, que consiste em um par de lentes sustentadas em frente dos olhos por uma armação, não sendo destinado para aquisição de lentes de contato.

3.4 A concessão de auxílio financeiro de que trata este edital fica vinculada aos instrumentos de planejamento e obedece ao equilíbrio orçamentário, ficando limitada à disponibilidade de recursos.

3.5 O benefício consistirá em um **auxílio financeiro** para aquisição de óculos de grau no valor de **até R\$ 500,00 (Quinhentos reais)**, de acordo com a condição socioeconômica do estudante e das necessidades específicas prescritas pelo profissional competente.

3.5.1 Cada discente só poderá receber o benefício uma vez a cada 12 (doze) meses, salvo os casos fortuitos que passarão por avaliação do Serviço Social.

3.5.2 Em casos em que o aluno já tenha sido contemplado no período dos 12 (doze) meses anteriores, passará por avaliação do Serviço Social que verificará se o discente será contemplado com armação e lentes ou somente com lentes.

3.5.3 O valor do auxílio será variável, dependendo da necessidade do estudante, não ultrapassando o valor estipulado no item 3.5.

3.5.4 Para que a avaliação seja realizada, o discente deverá apresentar três orçamentos, dentre outros documentos descritos no item 5 deste edital.

3.5.5 Caso o valor do menor orçamento apresentado seja superior ao valor que o discente fizer jus (no máximo R\$500,00) a cobertura do excedente ficará sob responsabilidade do estudante ou seu responsável.

3.5.6 Caso o valor do menor orçamento seja inferior ao valor que o discente fizer jus (no máximo R\$500,00), a instituição concederá o valor do referido orçamento em sua totalidade.

3.6 Os valores para concessão do auxílio financeiro de que trata este edital terão por base os valores de mercado que serão atualizados anualmente por meio de uma nova pesquisa.

3.7 Para solicitar o benefício é necessário que o discente esteja matriculado em curso presencial no IFPB *Campus Sousa* e frequentando o curso regularmente.

4.DOS BENEFICIÁRIOS

4.1 Considerando que o déficit visual pode provocar atrasos e comprometimento do desenvolvimento acadêmico;

4.2 Considerando a dificuldade visual de muitos dos nossos jovens alunos;

4.3 Considerando a necessidade de apoiar financeiramente a aquisição de óculos para os discentes do IFPB *Campus Sousa*, em situação de vulnerabilidade social, com o intuito de influenciar positivamente o desempenho desses alunos;

4.4 Considerando todos os pontos acima citados, serão atendidos prioritariamente os estudantes que apresentem maior necessidade específica prescrita pelo profissional competente (Oftalmologista) e que esteja em vulnerabilidade econômica, ou seja, que a renda bruta familiar per capita seja, menor ou igual a 1,5 (um e meio) salário mínimo vigente, sem prejuízo dos demais requisitos fixados neste Edital;

4.5 Os discentes precisam estar regularmente matriculados em cursos presenciais do IFPB *Campus Sousa* e possuir conta bancária de sua titularidade.

5. DA SOLICITAÇÃO DO BENEFÍCIO

5.1 O interessado deverá solicitar o benefício no setor de protocolo do *Campus Sousa* em formulário próprio deste setor, dirigido ao Departamento de Assistência Estudantil - DAE.

5.2 A solicitação deverá conter os seguintes documentos:

I - Formulário de solicitação específico, preenchido e assinado pelo discente ou responsável legal, caso seja menor de idade;

- II - Comprovante de renda familiar (atualizado), observar o item XII;
- III - Fotocópia de documento de identificação e CPF do requerente;
- IV - Fotocópia de documento de identificação de todo o grupo familiar (apenas aqueles que residem com o estudante);
- V - Cópia da última conta de energia;
- VI – Caso participe de algum Programa Social do Governo, trazer fotocópia do comprovante de recebimento do benefício;
- VII – Caso possua despesa com aluguel, trazer comprovante de pagamento;
- VIII - Cópia do exame/receita médica;
- IX – Orçamento de três óticas, todos com CNPJ da ótica, devidamente assinados e carimbados pelo responsável por informar o orçamento;
- X – Cópia de conta bancária no nome do discente;
- XI - Fotocópia dos comprovantes de remuneração mensal de todos os integrantes do grupo familiar, segundo as seguintes condições:

Se assalariado: cópia da Carteira de Trabalho com a identificação; e recibo de salário completo, holerite ou contracheque;

Se desempregado: cópia da Carteira de Trabalho com a identificação, a baixa do último emprego e com a próxima página denominada de “contrato de trabalho” em branco.

Se trabalhador autônomo, profissional liberal, prestador de serviços e **trabalhador informal (“bicos”)**: Declaração Comprobatória da Renda Familiar, informando o valor mensal da renda e a atividade exercida (mesmo que seja renda informal/ “bicos”). A declaração deverá ser assinada por duas testemunhas que não sejam membros da família, constando o nome, RG, CPF, endereço e telefone de quem testemunhou.

Se aposentado: cópia do último comprovante de recebimento de benefício da Previdência (exemplo: INSS), juntamente com cópia da carteira de trabalho com a identificação, a baixa do último emprego e com a próxima página denominada de “contrato de trabalho” em branco.

Se pensionista: cópia do último comprovante de recebimento de benefício da Previdência (exemplo: INSS), juntamente com cópia da carteira de trabalho com a identificação, a baixa do último emprego e com a próxima página denominada de “contrato de trabalho” em branco.

Se produtor rural: Declaração do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, constando a principal atividade e a remuneração média mensal (em moeda corrente).

Caso não seja associado ao sindicato, preencher e assinar a declaração juntamente com duas testemunhas que não sejam membros da família constando o nome, RG, CPF, endereço e telefone de quem testemunhou.

Outros (por exemplo, **comissões por vendas, auxílios de parentes e/ou amigos**): declaração assinada por quem paga as comissões ou pelo prestador de auxílio financeiro com assinatura de duas testemunhas, que não sejam componentes do mesmo grupo familiar constando o nome, RG, CPF, endereço e telefone de quem testemunhou. Apresentar também cópia da carteira de trabalho com a identificação, a baixa do último emprego e com a próxima página denominada de “contrato de trabalho” em branco.

Se houver **renda proveniente de aluguel de imóveis**: cópia do contrato de locação ou declaração original do locatário, constando em ambos o valor mensal.

Se estiver **recebendo pensão alimentícia**: apresentar cópia da sentença judicial ou declaração assinada pelo responsável do pagamento (ANEXO), constando o valor pago. No caso de recebimento via banco, cópia do extrato acompanhado da declaração.

5.3 A solicitação só será avaliada se for apresentada documentação completa.

5.4 A solicitação do benefício poderá ser realizada do dia **01 ao dia 20 de novembro/2018**, sendo custeado pelo orçamento da assistência ao educando, ficando limitada à disponibilidade de recursos prevista no Plano de Trabalho Anual vigente.

5.5 Os interessados deverão obedecer, obrigatoriamente, os termos estabelecidos neste edital, e o não cumprimento acarretará o indeferimento da solicitação.

5.6 **O discente terá o prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, após a concessão do auxílio, para apresentar a nota fiscal de compra** sob a pena de:

- I - Devolução do valor recebido mediante Guia de Recolhimento da União (GRU);
- II – Suspensão de todos os benefícios vinculados à Assistência Estudantil; e
- III – Impedimento de emissão de Nada Consta do DAE quando solicitado.

6. DOS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

6.1 Os critérios de avaliação serão:

- I - Situação socioeconômica familiar do solicitante; e
- II - Necessidades específicas prescritas pelo profissional competente (Oftalmologista).

6.2 De acordo com a avaliação socioeconômica realizada pelo Serviço Social. Lembrando que, o valor total não ultrapassará o limite estabelecido no item 3.5 deste edital.

6.3 A avaliação socioeconômica terá como base os fatores sociais e econômicos **detectados** através da análise dos indicadores socioeconômicos relacionados a seguir:

- I - Renda familiar.
- II - Número de dependentes.

III -Despesas da família com moradia.

IV- Situações de doença na família.

V- Situações de desagregação familiar

7. DAS ETAPAS DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO

I – Recebimento da inscrição pelo DAE, via SUAP;

II – Análise documental e socioeconômica (Serviço Social do campus)

III – Seleção a partir da documentação apresentada com base no item 5.2 deste edital (a saber, exame médico, os três orçamentos expedidos por três óticas distintas e a documentação do estudante e seus familiares e comprovação da renda familiar).

8. CRONOGRAMA

8.1 O cronograma apresentado poderá sofrer reajuste de acordo com as necessidades dos setores do campus para execução de cada etapa prevista.

Data	Descrição	Local e/ou Setor Responsável
31.10.2018	Lançamento do Edital DDE 02/2018	Site do IFPB – Campus Sousa
De 01 até 20.11.2018	Inscrição para o auxílio	Protocolo do Campus (respeitado o horário de funcionamento do setor)
De 21 até 23.11.2018	Análise documental e Seleção	Serviço Social
26.11.2018	Divulgação do resultado	Site do IFPB – Campus Sousa
27.11.2018	Encaminhamento para o setor Financeiro do Campus	Serviço Social
De 28 até 30.11.2018	Atividades Financeiras	Setor financeiro – unidade sede
De 17 até 19.12.2018	Apresentação de nota fiscal de compra do óculos.	Setor financeiro – unidade sede

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

9.1 Em caso de desistência da compra, o discente terá o prazo de 10 (dez) dias úteis, a contar da data de concessão do benefício, para comunicar ao DAE por escrito, a qual solicitará ao setor financeiro a emissão de Guia de Recolhimento da União para devolução de valores.

9.2 As despesas decorrentes da concessão de benefício para compra de óculos de grau serão financiadas com recursos orçamentários do IFPB *Campus Sousa*, de acordo com a legislação e normas vigentes.

9.3 Os casos omissos e as situações não previstas no presente regulamento serão resolvidos pelo Departamento de Assistência ao Estudante.

Sousa, 31 de outubro de 2018.


Joselma Mendes de Sousa Carneiro
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO****I - DADOS PESSOAIS:**

NOME: _____
DATA DE NASCIMENTO: _____ / _____ / _____ IDADE: _____
CURSO: _____ MATRÍCULA: _____
SÉRIE(Integrado): _____ MÓDULO(Técnico subsequente): _____ PERÍODO(Superior): _____
CPF: _____ IDENTIDADE/ ORG.EXP: _____
ENDEREÇO RESIDENCIAL DO ALUNO (Rua/Avenida, etc.): _____
Nº: _____ APARTAMENTO: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____
PONTO DE REFERÊNCIA: _____
TELEFONE PARA CONTATO (residencial): _____ CELULAR: _____
EMAIL: _____
NOME COMO OS PAIS SÃO CONHECIDOS (APELIDO): _____

MORADIA DO/A ALUNO/A:

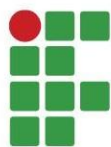
<input type="checkbox"/> SOZINHO	<input type="checkbox"/> FAMÍLIA
<input type="checkbox"/> PARENTES	<input type="checkbox"/> PENSÃO
<input type="checkbox"/> REPÚBLICA	

SITUAÇÃO DE MORADIA:

<input type="checkbox"/> CASA PRÓPRIA	<input type="checkbox"/> CASA FINANCIADA
<input type="checkbox"/> CASA ALUGADA	<input type="checkbox"/> CASA CEDIDA
<input type="checkbox"/> OUTROS	

III – SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA**ASSINALE A SUA SITUAÇÃO DE TRABALHO:**

<input type="checkbox"/> TRABALHO COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO	<input type="checkbox"/> TRABALHO TEMPORÁRIO
<input type="checkbox"/> TRABALHO AUTÔNOMO	<input type="checkbox"/> TRABALHO INFORMAL
<input type="checkbox"/> TRABALHO EM EMPRESA PRÓPRIA	<input type="checkbox"/> RECEBE SEGURO DESEMPREGO



<input type="checkbox"/> NUNCA TRABALHOU	<input type="checkbox"/> NUNCA TRABALHOU COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO
<input type="checkbox"/> PENSIONISTA	<input type="checkbox"/> AFASTADO
<input type="checkbox"/> OUTROS	

QUAL A SUA SITUAÇÃO EM RELAÇÃO À RENDA FAMILIAR:

<input type="checkbox"/> É ARRIMO DE FAMÍLIA (Principal responsável)	<input type="checkbox"/> CONTRIBUI COM A RENDA FAMILIAR
<input type="checkbox"/> É DEPENDENTE	<input type="checkbox"/> NÃO CONTRIBUI E SE MANTÉM SOZINHO.

QUAL A SITUAÇÃO DE SAÚDE NA FAMÍLIA:

EXISTE ALGUÉM NA FAMÍLIA COM PROBLEMAS PERMANENTES DE SAÚDE?

 SIM NÃO

EM CASO AFIRMATIVO, QUAL É O MEMBRO DA FAMÍLIA? _____

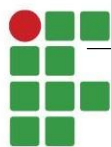
QUAL É O TIPO DE DOENÇA? _____

A RESIDÊNCIA DE SUA FAMÍLIA É:

<input type="checkbox"/> PRÓPRIA E QUITADA	<input type="checkbox"/> PRÓPRIA EM FINANCIAMENTO
<input type="checkbox"/> ALUGADA	<input type="checkbox"/> DE HERDEIROS
<input type="checkbox"/> CEDIDA	

POSSUI GASTOS COM MORADIA? NÃO () SIM () ESPECIFIQUE:

<input type="checkbox"/> ALUGUEL. VALOR: _____	<input type="checkbox"/> CONDOMÍNIO. VALOR: _____
<input type="checkbox"/> ÁGUA. VALOR: _____	<input type="checkbox"/> LUZ. VALOR: _____
<input type="checkbox"/> TELEFONE. VALOR: _____	<input type="checkbox"/> FINANCIAMENTO DE CASA PRÓPRIA. _____



COMPOSIÇÃO DA RENDA FAMILIAR - o(a) aluno(a), os pais, os irmãos(as), esposo (a), filhos(as), sogro(a),tio(a), agregados – **todas as pessoas que residem com a família.**

Nome Aluno/Parente/agregado	Idade	Parentesco (com o aluno)	Profissão	Renda
TOTAL DA RENDA FAMILIAR				
TOTAL DE DEPENDENTES DA RENDA				

*Apresentar Xerox da Carteira de Identidade e/ou Certidão de Nascimento e Comprovante de Renda de cada componente familiar.

IV – SOLICITAÇÃO

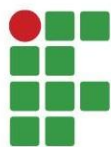
Armação Lentes Corretivas Armação + Lentes

VOCÊ JÁ É USUÁRIO DE ÓCULOS?

NÃO SIM Quantos Graus? _____

VOCÊ JÁ É CONTEMPLADO COM ALGUM TIPO DE AUXÍLIO DO IFPB - *CAMPUS SOUSA*?

NÃO SIM Qual? _____



INSTITUTO FEDERAL

Paraíba

Descreva de que modo a sua dificuldade visual interfere nas atividades escolares ou aprendizado.

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

Sousa, _____ de _____ de _____.

Assinatura do estudante ou responsável

www.ifpb.edu.br

NOSSA MISSÃO: Ofertar a educação profissional, tecnológica e humanística em todos os seus níveis e modalidades por meio do Ensino, da Pesquisa e da Extensão, na perspectiva de contribuir na formação de cidadãos para atuarem no mundo do trabalho e na construção de uma sociedade inclusiva, justa, sustentável e democrática.

VALORES E PRINCÍPIOS: Ética, Desenvolvimento Humano, Inovação, Qualidade e Excelência, Transparência, Respeito, Compromisso Social e Ambiental.





DECLARAÇÃO DE RENDA FAMILIAR (Trabalho Informal ou Autônomo)

Eu, _____,
portador do CPF: _____ e da carteira de identidade: _____, residente
à rua: _____, N° _____,
bairro: _____, município: _____. Declaro que a renda
familiar do candidato: _____ é de R\$ _____ mensais
referentes a ganhos em trabalhos informais ou autônomos, por desenvolver atividades de

_____. Declaro ainda que, o
valor acima apresentado é verdadeiro e estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação
de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam em desclassificação no processo seletivo para
Programas da Política de Assistência Estudantil. As informações constantes nesta declaração são de
minha responsabilidade e, caso sejam inverídicas, responderei em conformidade com a legislação
vigente.

_____, de _____ de 201__

Assinatura do declarante

TESTEMUNHAS:

1. _____,
CPF: _____, carteira de identidade: _____, residente à rua:
_____, N° _____, Bairro:
_____, município: _____.

2. _____,
CPF: _____, carteira de identidade: _____, residente à rua:
_____, N° _____, Bairro:
_____, município: _____.

Assinatura - Testemunha 1

Assinatura - Testemunha 2



INSTITUTO FEDERAL

Paraíba

DECLARAÇÃO DE RENDA (Produtor Rural)

Eu, _____, portador do CPF:

_____ e da carteira de identidade: _____, residente à rua:

Nº _____, Bairro: _____, Município: _____,

declaro para os devidos fins que possuo remuneração média mensal de R\$ _____ referentes a ganhos em produção rural, desenvolvendo atividades de _____.

Declaro ainda que, o valor acima apresentado é verdadeiro e estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam em desclassificação no processo seletivo para Programas da Política de Assistência Estudantil. As informações constantes nesta declaração são de minha responsabilidade e, caso sejam inverídicas, responderei em conformidade com a legislação vigente.

_____, de _____ de 201__

Assinatura do declarante

TESTEMUNHAS:

1. _____,

CPF: _____, carteira de identidade: _____, residente à rua:

_____, Nº _____, Bairro:

_____, município: _____.

2. _____,

CPF: _____, carteira de identidade: _____, residente à rua:

_____, Nº _____, Bairro:

_____, município: _____.

Assinatura - Testemunha 1

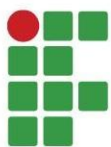
Assinatura - Testemunha 2

www.ifpb.edu.br

NOSSA MISSÃO: Ofertar a educação profissional, tecnológica e humanística em todos os seus níveis e modalidades por meio do Ensino, da Pesquisa e da Extensão, na perspectiva de contribuir na formação de cidadãos para atuarem no mundo do trabalho e na construção de uma sociedade inclusiva, justa, sustentável e democrática.

VALORES E PRINCÍPIOS: Ética, Desenvolvimento Humano, Inovação, Qualidade e Excelência, Transparência, Respeito, Compromisso Social e Ambiental.





INSTITUTO FEDERAL

Paraíba

DECLARAÇÃO DE AJUDA FINANCEIRA DE TERCEIROS

Eu, _____ (*pessoa que ajuda*), inscrito no CPF sob o nº _____, portador do RG nº _____, residente e domiciliado na rua _____, nº _____, no município de _____, declaro para os devidos fins, que ajudo _____ financeiramente _____ (*nome do membro do grupo familiar que recebe ajuda*) com o valor mensal de aproximadamente R\$ _____.

Declaro ainda que, o valor acima apresentado é verdadeiro e estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam em desclassificação no processo seletivo para Programas da Política de Assistência Estudantil. As informações constantes nesta declaração são de minha responsabilidade e, caso sejam inverídicas, responderei em conformidade com a legislação vigente.

_____, de _____ de 201__

Assinatura do declarante

TESTEMUNHAS:

1. _____,
CPF: _____, carteira de identidade: _____, residente à rua:
_____, Nº _____, Bairro:
_____, município: _____.

2. _____,
CPF: _____, carteira de identidade: _____, residente à rua:
_____, Nº _____, Bairro:
_____, município: _____.

Assinatura - Testemunha 1

Assinatura - Testemunha 2

www.ifpb.edu.br

NOSSA MISSÃO: Ofertar a educação profissional, tecnológica e humanística em todos os seus níveis e modalidades por meio do Ensino, da Pesquisa e da Extensão, na perspectiva de contribuir na formação de cidadãos para atuarem no mundo do trabalho e na construção de uma sociedade inclusiva, justa, sustentável e democrática.

VALORES E PRINCÍPIOS: Ética, Desenvolvimento Humano, Inovação, Qualidade e Excelência, Transparência, Respeito, Compromisso Social e Ambiental.





INSTITUTO FEDERAL

Paraíba

DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA.

Eu, _____, CPF nº _____, RG _____, declaro sob responsabilidade e penas da lei, que pago mensalmente pensão alimentícia, no valor de R\$ _____.

Estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam, a qualquer tempo, em desclassificação no processo seletivo para Programas da Política de Assistência Estudantil. As informações constantes nesta declaração são de minha responsabilidade e, caso sejam inverídicas, responderei em conformidade com a legislação vigente.

_____, _____ de _____ de 201__.

Assinatura do Declarante

DADOS DE QUEM PAGA A PENSÃO

Nome: _____

Endereço Completo: _____

Telefone(s): _____

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DA PENSÃO

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____

www.ifpb.edu.br

NOSSA MISSÃO: Ofertar a educação profissional, tecnológica e humanística em todos os seus níveis e modalidades por meio do Ensino, da Pesquisa e da Extensão, na perspectiva de contribuir na formação de cidadãos para atuarem no mundo do trabalho e na construção de uma sociedade inclusiva, justa, sustentável e democrática.

VALORES E PRINCÍPIOS: Ética, Desenvolvimento Humano, Inovação, Qualidade e Excelência, Transparência, Respeito, Compromisso Social e Ambiental.

