

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO SUL DE MINAS GERAIS**

**CAMPUS PASSOS**

*Rua Mário Ribola, 409, Penha II, CEP 37.903-358, Passos-MG*

***(35) 3526-4856 -***[*www.ifsuldeminas.edu.br*](http://www.pas.ifsuldeminas.edu.br/)*/passos*

**EDITAL Nº \_\_\_/2023 - PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA VOLUNTÁRIA (PIVIC)**

**ANEXO IX**

**DECLARAÇÃO DO PAI OU RESPONSÁVEL**

Projeto:

Aluno:

CPF:

Declaro conhecer e aceitar os critérios e normas que regem o Programa Institucional de Iniciação Cientifica, no qual meu filho(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ participará desenvolvendo as atividades no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais- IFSULDEMINAS, campus Passos, com uma carga horária de \_\_\_\_\_ horas semanais.

Certifico como verdadeiras as informações prestadas acima e autorizo o aluno identificado a participar do Programa, nas condições definidas no Edital.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local e data

Assinatura do pai ou responsável \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(anexar cópia do RG do pai ou responsável)

Nome Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_