# ANEXO I – BOLSA DE MONITORIA INCLUSIVA (BMI)

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO, CARTA DE INTENÇÃO E TERMO DE OUTORGA[[1]](#footnote-1)**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº de Matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na condição de estudante de graduação, solicito inscrição na **Bolsa de Monitoria Inclusiva (BMI),** Edital PROAF nº 06/2024.

Carta de Intenção: Apresente abaixo a justificativa de seu interesse pela **Bolsa Monitoria Inclusiva:**

Obs.: Máximo 20 linhas, fonte Times New Roman, tamanho 12, espaçamento simples.

Declaro conhecimento dos termos previstos nos Editais da Pró-Reitoria de Ações Afirmativas – PROAF, comprometo-me a cumprir as exigências estabelecidas, bem como responsabilizo-me pelas informações prestadas e documentações apresentadas durante e posterior ao processo seletivo. Estou ciente que devo:

1. manter-me de acordo com os critérios estabelecidos pelo respectivo edital;
2. manter-me matriculada/o, durante todo o período de gozo do benefício, em no mínimo, 2 (dois) Componentes Curriculares da graduação por quadrimestre;
3. não repassar o benefício a outra/o estudante;
4. comunicar qualquer alteração de sua situação socioeconômica, e/ou familiar, incluindo seleção em programas de estágio remunerado ou similar, através do **Anexo A**;
5. comunicar quaisquer alterações de telefones e endereços residenciais e eletrônicos, através do **Anexo A**;
6. comunicar solicitações de licença de saúde ou atividade domiciliar, através do **Anexo A**;
7. atender às convocações da PROAF relacionadas ao Programa de Apoio à Permanência;
8. em caso de desistência ou trancamento de matrícula, solicitar por escrito, o cancelamento do benefício, por meio do envio do **Anexo B**;
9. apresentar rendimento acadêmico equivalente a nota 6,0, em, pelo menos, 60% dos componentes curriculares em que estiver inscrita/o.
10. apresentar relatório parcial com controle de frequência e descrição das atividades desenvolvidas.
11. apresentar relatório final com controle de frequência e descrição das atividades desenvolvidas.

Ratifico serem verdadeiras as informações prestadas, estando ciente de que a informação falsa incorrerá nas penas do crime do art. 299 do Código Penal (falsidade ideológica), além de, caso configurada a prestação de informação falsa, apurada a qualquer tempo, em procedimento que assegure o contraditório e a ampla defesa, ensejará o cancelamento da participação e/ou concessão dos auxílios da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

|  |
| --- |
| DADOS BANCÁRIOS  Indicar as informações bancárias da conta onde deseja receber o benefício. A conta deve estar ativa e em seu nome. Não aceitamos contas de conjuntas ou no nome de terceiros.  VOCÊ DEVE ENVIAR UM EXTRATO BANCÁRIO ATUALIZADO DA REFERIDA CONTA JUNTAMENTE COM ESTE TERMO. |
| Número do CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Agência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dígito: \_\_\_\_\_ Operação: \_\_\_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dígito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,* \_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2024.

1. Após preenchimento deste documento, não é necessário assinar, mas você deve enviá-lo em PDF. [↑](#footnote-ref-1)