**ANEXO II**

**TERMO DE COMPROMISSO EXTENSIONISTA BOLSISTA**

|  |
| --- |
| **DADOS PESSOAIS** |
| Nome Completo: |
| Câmpus Inhumas (  )                  Curso de Odontologia da FACMAIS (  )  | CPF: |
| Curso no IFG (se estudante do IFG): |
| Matrícula: | Data de Nascimento: | Telefone Fixo e/ou Celular: | Identidade/Orgão Emissor: | UF: |
| Sexo:   F   (     )           M  (     ) | Banco: | Agência: | Conta Número: | e-mail: |
| Endereço Completo: | Complemento: |
| Bairro: | Cidade: | UF: | CEP: |
| Coordenador(a)/Proponente/ Responsável Institucional: LEONARDO ESSADO RIOS |
| **ESPECIFICAÇÃO DO PERÍODO** |
| Vigência da Ação de Extensão | Período Total (meses) |
| Início: | Término: |  |
| **ESPECIFICAÇÃO DE REMUNERAÇÃO EM AÇÃO DE EXTENSÃO** |
| Possui remuneração específica para participar da Ação de Extensão: (    ) não  (  X  ) Sim. Identifique qual: ( X   ) Bolsa  (    ) Encargo de Curso e Concurso. Outra:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Se for Bolsa, especifique abaixo: |
| **ESPECIFICAÇÃO DA BOLSA DE EXTENSÃO (Se houver remuneração específica para a Ação de Extensão)** |
| Vigência da Bolsa de Extensão | Período Total (meses) | VL Mês  | Valor Total |
| Início:  | Término: |  |  |  |
| **CONDIÇÕES DO TERMO DE COMPROMISSO** |
| 1. Atender aos pressupostos estabelecidos pela legislação vigente, bem como o PDI e do Regulamento de Extensão;
2. Executar as atividades propostas, conforme previstas na Ação de Extensão e na Chamada Pública 02/2024/GEPEX vinculada ao Edital 02/2022/PROEX/IFG
3. Para o estudante, dedicar, no mínimo, 08 horas semanais às atividades relacionadas com a Ação de Extensão em local a ser acordado com a Coordenação;
4. Elaborar relatório final, em conjunto, das atividades da Ação de Extensão;
5. Elaborar relatório técnico das atividades desenvolvidas em caso de afastamento da Ação de Extensão anexando ao processo;
6. Participar, obrigatoriamente, das atividades propostas na chamada pública e/ou pela GEPEX/IGF/Inhumas.
 |
| **ESTOU CIENTE E DE ACORDO COM AS NORMAS DO TERMO DE COMPROMISSO** |
| Data:\_\_\_ / \_\_\_ /\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do participante da Ação de Extensão | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Proponente/Coordenador da Ação de Extensão |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |