|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ficha de Cadastramento / Termo de Compromisso do Bolsista (\*) Campos Obrigatórios** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Data do cadastramento **\*** | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 1. Nome da Instituição ao qual esta vinculado (SIGLA + NOME) **\*** | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 1. Tipo do Curso ao qual esta vinculado **\*** | | | | | Aperfeiçoamento  Bacharelado  Lato Sensu  Licenciatura  Extensão  Seqüencial  Tecnólogo  Mestrado  Doutorado | | | | | | | | | | | |
| 1. Nome do Curso ao qual esta vinculado **\*** | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 1. Função no Programa- Tipo de Bolsa **\*** | | | | | **COORDENADOR DE CURSO** | | | | | | | | | | | |
| 1. Número do CPF **\*** | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 1. Nome Completo **\*** | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 1. Profissão **\*** | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 1. Sexo **\*** | | | | | M F | | | | 1. Data de Nascimento **\*** | | | | |  | | |
| 1. N° documento de identificação **\*** | | | | |  | | | | 1. Tipo documento de identificação **\*** | | | | |  | | |
| 1. Data de Emissão do documento **\*** | | | | |  | | | | 1. Órgão Expedidor do documento **\*** | | | | |  | | |
| 1. Unidade Federativa Nascimento **\*** | | | | |  | | | | 1. Município Local Nascimento **\*** | | | | |  | | |
| 1. Estado Civil **\*** | | | | | Solteiro (a)  Casado (a)  Separado (a)  Divorciado (a)  Viúvo (a)  União Estável | | | | | | | | | | | |
| 1. Nome cônjuge | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 1. Nome do Pai | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 1. Nome da Mãe **\*** | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Endereço para Contato** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Endereço Residencial **\*** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 1. Complemento do endereço | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 1. Número |  | | | 1. Bairro | |  | | | | | | | 1. CEP **\*** | |  | |
| 1. Unidade Federativa **\*** | | |  | | | | | 1. Município **\*** | | | |  | | | | |
| 1. Código DDD **\*** |  | | | 1. Telefone de contato **\*** | | | |  | | | | 1. Telefone celular \* | | | |  |
| 1. E-mail de contato **\*** | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dados da Formação em Nível Superior** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Área do último Curso Superior Concluído  **\*** | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 1. Último curso de titulação  **\*** | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 1. Nome da Instituição de Titulação  **\*** | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **Informações Bancárias** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Banco | | | | | | | | | | 001 – BANCO DO BRASIL | | | | | | |
| 1. Agência Preferencial - Sem dígito verificador **\*** | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Denominação  DIRETORIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA | | | | | | | | | | | Sigla  DED/CAPES | | | | | |
| **Endereço**  SBN Quadra 02 Bloco L Lote 6, 8º andar - CEP: 70040 -020, Brasília – DF | | | | | | | | | | | **Representante Legal (*nome, cargo)***  Celso José da Costa – Diretor de Educação a Distância - DED/CAPES/MEC | | | | | |

|  |
| --- |
| **Atribuições do Bolsista** |
| • Coordenar, acompanhar e avaliar as atividades acadêmicas do curso;  • Participar das atividades de capacitação e de atualização desenvolvidas na Instituição de Ensino;  • Participar dos grupos de trabalho para o desenvolvimento de metodologia, elaboração de materiais didáticos para a modalidade a distância e sistema de avaliação do aluno;  • Realizar o planejamento e o desenvolvimento das atividades de seleção e capacitação dos profissionais envolvidos no curso;  • Elaborar, em conjunto com o corpo docente do curso, o sistema de avaliação do aluno;  • Participar dos fóruns virtuais e presenciais da área de atuação;  • Realizar o planejamento e o desenvolvimento dos processos seletivos de alunos;, em conjunto com o coordenador UAB  • Acompanhar o registro acadêmico dos alunos matriculados no curso;  • Verificar “in loco” o bom andamento dos cursos.  • Acompanhar e supervisionar as atividades: dos tutores, dos professores, do coordenador de tutoria e dos coordenadores de pólo;  • Informar para o coordenador UAB a relação mensal de bolsistas aptos e inaptos para recebimento;  • Auxiliar o coordenador UAB na elaboração da planilha financeira do curso. |
| **Declaração** |
| Declaro ter ciência dos direitos e das obrigações inerentes à qualidade de bolsista na função de COORDENADOR DE CURSO e nesse sentido, COMPROMETO-ME a respeitar as cláusulas descritas nas atribuições do bolsista deste Termo de Compromisso.  Declaro, ainda, sob as penas da lei, que as informações prestadas são a expressão da verdade e que preencho plenamente os requisitos expressos na Lei 11.273/ 2006 e da Lei 11.502/2007, para o recebimento da bolsa e que o recebimento da referida bolsa não constituirá acúmulo de bolsa de estudo ou pesquisa conforme disposto no artigo 1º inciso III da lei 11.273/2006 exceto os casos disciplinados pela portaria conjunta CAPES/CNPQ Número 01 de dezembro de 2007 e:  **A opção 1 ou 2 deverá ser assinalada de acordo com a função a ser exercida.**  **1 - ( ) COORDENADOR DE CURSO I**  Que tenho 3 anos ou mais de experiência no magistério superior.  **OU**  **2 - ( ) COORDENADOR DE CURSO II**  **( )** Que tenho \_\_\_ ano(s) de experiência no Magistério Superior**; e/ou**  **( )** Vínculo a programa de pós-graduação de mestrado ou doutorado **; e/ou**  **( )** Formação pós-graduada de mestrado ou doutorado.  Estou ciente, também, que a inobservância dos requisitos citados acima implicará(ão) no cancelamento da(s) bolsa(s), com a restituição integral e imediata dos recursos, de acordo com as regras prevista na Resolução FNDE/CD nº 26 de 06 de junho de 2009 com redação atualizada pela resolução FNDE/CD nº 8 de 30 de abril de 2010. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Local, Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Bolsista

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Coordenador UAB da IPES