|  |
| --- |
| **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** |
| DenominaçãoDIRETORIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA  | SiglaDED/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