|  |
| --- |
| **Ficha de Cadastramento / Termo de Compromisso do Bolsista (\*) Campos Obrigatórios** |
| 1. Data do cadastramento **\***
 |  |
| 1. Nome da Instituição ao qual esta vinculado (SIGLA + NOME) **\***
 | **UFMA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO** |
| 1. Tipo do Curso ao qual esta vinculado **\***
 | [ ]  Aperfeiçoamento [x]  Bacharelado [ ]  Lato Sensu [ ]  Licenciatura [ ]  Extensão[ ]  Seqüencial [ ]  Tecnólogo [ ]  Mestrado [ ]  Doutorado |
| 1. Nome do Curso ao qual esta vinculado **\***
 | **ADMINISTRAÇÃO** |
| 1. Função no Programa- Tipo de Bolsa **\***
 | **COORDENADOR DE TUTORIA** |
| 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**  |
| * Participar das atividades de capacitação e atualização;
* Acompanhar o planejamento e o desenvolvimento processos seletivos de tutores, em conjunto com o coordenador de curso;
* Acompanhar as atividades acadêmicas do curso;
* Verificar “in loco” o bom andamento dos cursos;
* Informar para o coordenador do curso qual a relação mensal de tutores aptos e inaptos para recebimento de bolsas;
* Acompanhar o planejamento e desenvolvimento das atividades de seleção e capacitação dos tutores envolvidos no programa;
* Acompanhar e supervisionar as atividades dos tutores;
* Encaminhar à coordenação do curso relatório semestral de desempenho da tutoria.
 |
| **Declaração**  |
| Declaro ter ciência dos direitos e das obrigações inerentes à qualidade de bolsista na função de COORDENADOR DE TUTORIA 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 os requisitos preenchidos.****1 - ( ) COORDENADOR DE TUTORIA I**Que tenho 3 anos ou mais de experiência no magistério superior.**OU****2 - ( ) COORDENADOR DE TUTORIA II****( )** Que tenho \_\_\_ ano(s) de experiência no ensino \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **; 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