

**FORMULÁRIO DE CADASTRO DE BOLSISTA DE EXTENSÃO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. DADOS PESSOAIS** | | | | | | | |
| Nome completo: | | | Data de Nascimento: | | | Idade: | |
| Endereço: | | | Bairro: | Município: | | | CEP: |
| RG: | Órgão emissor – UF: | | Data de Expedição: | CPF: | | | |
| Telefone Residencial: | Telefone Celular: | | | | E-mail: | | |
| Nome do Banco: | Nº da Agência: | | | | Nº da Conta Corrente: | | |
| **2. DADOS ACADÊMICOS** | | | | | | | |
| Nome do Curso: | | | | | Nº da matricula: | | |
| Período do Curso: | | Semestre atual: | | | | | |
| O discente está regularmente matriculado:  ( ) sim ( ) não | | | O discente possui reprovação no semestre anterior: ( ) sim ( ) não, Se sim, possui ( ) de 1 até 3 reprovações, ou ( ) Acima de 3 reprovações. | | | | |
| **3. DADOS DO PROJETO** | | | | | | | |
| Titulo: | | | Código de registro: | | | | |
| Nome do(a) coordenador(a): | | | Orientador(a) do bolsista: | | | | |
| E-mail do(a) coordenador(a): | | | Telefone do(a) coordenador(a): | | | | |
| **4. DECLARAÇÃO DE NÃO ACÚMULO DE BOLSAS E DISPONIBILIDADE DE HORAS** | | | | | | | |
| Ao assinar este formulário, o (a) discente declara não receber outros tipos de bolsas, exceto auxílios e bolsas da assistência estudantil, e ter disponibilidade de 20 horas semanais para exercer as atividades previstas no plano de atividades do bolsista. | | | | | | | |

Por ser verdade dato e assino.

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

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

Assinatura do bolsista