**AUTORIZAÇÃO DE PAIS OU RESPONSÁVEIS (MENOR DE 18 ANOS)**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, brasileiro(a), responsável legal de \_\_\_\_\_(nome do(a) estudante)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estudante do IFRS - C*ampus* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, candidato(a) à bolsa PROBIC/Fapergs, no âmbito do EDITAL PROPPI Nº 15/2023 – COMPLEMENTAR AO EDITAL PROPPI Nº 12/2023 - DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA – PIBIC/PIBIC-Af/PIBIC-EM/IFRS/CNPq – PROBIC/IFRS/Fapergs – 2023/2024, DECLARO que o mesmo não possui vínculo empregatício com entidade pública e/ou privada, não recebe outra forma de remuneração regular de qualquer natureza e não é beneficiário de outra bolsa em nenhuma outra entidade de fomento.

DECLARO, ainda, que li a íntegra deste Edital e que estou perfeitamente ciente de seus termos, que concordo, expressamente, que \_\_\_\_\_(nome do(a) estudante)\_\_ irá participar do projeto, recebendo uma bolsa com valor mensal de R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por meio de depósito em conta bancária, e que sua participação nas atividades de execução do projeto, não configura relação empregatícia.

\* Concordo, expressamente, que \_\_\_\_\_(nome do(a) estudante)\_\_ será orientado(a) por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, durante a vigência da bolsa e que estou ciente das atividades que serão executadas.

\* Concordo que imagens pessoais poderão ser utilizadas para divulgação dos trabalhos relacionados à pesquisa.

\* Concordo também que qualquer modificação nas condições expostas acima será imediatamente comunicado ao Comitê Interno Institucional de Seleção e Avaliação de Bolsas de Iniciação Científica e Tecnológica do IFRS (CIISA/IFRS), sob pena de devolução das parcelas recebidas, com correção monetária.

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

Assinatura do Pai/Mãe ou Responsável:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do(a) Coordenador(a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_