**FORMULÁRIO DE SUBSTITUIÇÃO DE BOLSISTA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ☐PIBIC/CNPq | ☐PIBIC-Af/CNPq  | ☐PIBIC-EM/CNPq |

|  |
| --- |
| **Título do projeto** |
|       |
| Palavras-chaves |       |
| Área do conhecimento CNPq |       (conforme informado no projeto) |
|  |
| **Dados do(a) coordenador(a) do projeto**  |
| Nome |       |
| CPF |       |
| E-mail |       |
| Telefone (fixo ou celular) | (     )       |

|  |
| --- |
|  **Dados do(a) bolsista indicado(a)** |
| Nome completo |        |
| CPF |        |
| E-mail |        |
| Telefone | (     )       |
| Curso |        |
| *Campus* |        |
|  |
| **Dados do(a) bolsista a ser substituído(a)** |
| Nome completo |        |
| CPF |        |
| E-mail |        |
| Telefone | (     )       |
| Curso |        |
| *Campus* |        |
|  |  |

Motivo

☐Por insuficiência de desempenho ☐Bolsista adquiriu vínculo empregatício

☐Término de graduação ☐Por desistência do(a) bolsista

☐Por falecimento ☐Trancamento de matrícula

☐Por obtenção de bolsa em outra agência

☐Outro motivo (justifique):

|  |
| --- |
|  |
| **Declaração** |
| Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras. Assumo total e irrestrita responsabilidade civil e penal pelas mesmas e que o(a) bolsista indicado(a) foi selecionado(a) cumprindo as normas do edital. Autorizo o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul a buscar sua comprovação a qualquer momento. |
|  |
| **Assinaturas** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Bolsista indicado(a) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Bolsista substituído(a) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Coordenador(a) |

Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_