****

**Termo de Aceite do Plano de Atividades associado à Bolsa de Apoio à Permanência**

Ao Sr. Pró-Reitor de Sustentabilidade e Integração Social da UFSB

Declaro, para os devidos fins, que eu, digite seu nome, docente/técnico administrativo do Campus Digite o nome do campus, aceito acompanhar o Plano de Atividades intitulado de digite o título do plano de atividades, da autoria de (nome do/a estudante) digite o nome do(a) estudante., Nº de Matrícula Digite o nº de matricula.

Local digite o local Data dia/mês/ano.

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

Assinatura