**ANEXO I**

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO E TERMO DE OUTORGA[[1]](#footnote-1)**

**AUXÍLIO SAÚDE MENSTRUAL - Edital Proaf 09/2023**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº de Matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na condição de estudante de graduação, declaro que sou: ( ) Mulher Cisgênero ( ) Homem Transgênero e solicito inscrição no processo seletivo **Auxílio Saúde Menstrual**. Se selecionada/o, comprometo-me a utilizar o subsídio recebido exclusivamente para a aquisição de insumos de higiene menstrual (absorventes descartáveis, coletores menstruais, calcinhas absorventes, etc.) conforme previsto no **Edital Proaf 09/2023.**

Declaro conhecimento dos termos previstos nos Editais da Pró-Reitoria de Ações Afirmativas – PROAF, comprometo-me a cumprir as exigências estabelecidas, bem como responsabilizo-me pelas informações prestadas e documentações apresentadas durante e posterior ao processo seletivo. Estou ciente que devo:

1. manter-me de acordo com os critérios estabelecidos pelo respectivo edital;
2. manter-me matriculada/a, durante todo o período de gozo do benefício, em no mínimo, 2 (dois) Componentes Curriculares da graduação por quadrimestre;
3. não repassar o benefício a outra/o estudante;
4. comunicar qualquer alteração de sua situação socioeconômica, e/ou familiar, incluindo seleção em programas de estágio remunerado ou similar, através do **Anexo A;**
5. comunicar quaisquer alterações de telefones e endereços residenciais/eletrônicos, através do **Anexo A**;
6. comunicar solicitações de licença de saúde ou atividade domiciliar, através do **Anexo A**;
7. atender às convocações da PROAF relacionadas ao Programa de Apoio à Permanência;
8. em caso de desistência ou trancamento de matrícula, solicitar por escrito, o cancelamento do benefício, por meio do envio do **Anexo B**;
9. apresentar rendimento acadêmico equivalente a nota 6,0, em, pelo menos, 60% dos componentes curriculares em que estiver inscrita/o.

Declaro, também, a veracidade dos documentos entregues, e comprometo-me com o envio de informações e documentações complementares que forem solicitadas pela PROAF.

**E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Tel.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| DADOS BANCÁRIOS  Indicar as informações bancárias da conta onde deseja receber o benefício. A conta deve estar ativa e em seu nome. Não aceitamos contas de conjuntas ou no nome de terceiros. Você deve enviar um extrato bancário atualizado da referida conta juntamente com este termo. |
| Número do CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Agência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dígito: \_\_\_\_\_ Operação: \_\_\_\_\_\_\_  Conta Corrente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dígito: \_\_\_\_\_ |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,* \_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2023.

1. Após preenchimento deste documento, você deve enviá-lo em PDF. [↑](#footnote-ref-1)