**Bolsa de Apoio à Permanência – Edição Especial Vivências Trans (BAP-VT)**

**ANEXO V - TERMO DE OUTORGA E ACEITAÇÃO DO BENEFÍCIO**

Eu, **(Insira seu NOME aqui),** Matrícula: **(Insira sua MATRÍCULA aqui)** estudante do campus **(Insira seu CAMPUS aqui)**, contemplada/o com o(s) Auxílio(s) dos Editais 2021.1 da Pró-Reitoria de Ações Afirmativas – PROAF, comprometo-me a cumprir as exigências estabelecidas no/s Edital/is, bem como responsabilizo-me pelas informações prestadas e documentações apresentadas durante e posterior ao processo seletivo. Estou ciente que devo:

1. manter-se em acordo com os critérios estabelecidos pelo presente edital;
2. manter-se 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. não fornecer declaração ou documento de comprovação de residência falso a outro/a estudante, sob pena de cancelamento do benefício de ambos os/as beneficiários/as, como estabelecido no Art. 16, § 6º da Resolução 01/2016;
5. comunicar qualquer alteração de sua situação socioeconômica, e/ou familiar, incluindo seleção em programas de estágio remunerado ou similar, através do Anexo III;
6. comunicar quaisquer alterações de telefones e endereços residenciais e eletrônicos, através do Anexo III;
7. comunicar solicitações de licença de saúde ou atividade domiciliar, através do Anexo III;
8. atender às convocações da PROAF relacionadas ao Programa de Apoio à Permanência;
9. em caso de desistência ou trancamento de matrícula, solicitar por escrito, o cancelamento do benefício, por meio do envio do Anexo IV;
10. apresentar rendimento acadêmico equivalente a nota 6,0, em, pelo menos, 60% dos componentes curriculares em que estiver inscrita/o.

Sei que a qualquer tempo novas documentações que comprovem minha situação socioeconômica poderão ser solicitadas, sendo possível a realização de procedimentos técnicos (visitas domiciliares, por exemplo) pelos assistentes sociais da UFSB e que caso seja constatada alguma irregularidade por mim apresentada acarretará no cancelamento do (s) auxílio/s recebido/s.

Informo ainda os dados bancários da **minha** **CONTA CORRENTE** para fins de pagamento do (s) auxílio (s):

|  |  |
| --- | --- |
| **CPF:** | |
| **Banco:** | **Agência:** |
| **Operação:** | **Conta:** |

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

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

Assinatura do/a discente