



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO PAULO
CAMPUS VOTUPORANGA

Avenida Jerônimo Figueira da Costa, 3014 – Pozzobon
15.503-110– Votuporanga. SP
Telefone (17) 3426 - 6990E-mail: cex.vtp@ifsp.edu.br

COORDENADORIA DE EXTENSÃO

ANEXO I
EDITAL Nº 16/2024
SELEÇÃO DE BOLSISTAS PARA ATUAÇÃO EM PROJETOS DE EXTENSÃO

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

(Encaminhar para o e-mail cex.vtp@ifsp.edu.br)

| | | | | | |
|------------------|--|----------|--|-------------------------------|--|
| Nome | | | | | |
| Prontuário | | Curso | | Semestre que cursa atualmente | |
| RG | | CPF | | | |
| Data Nasc | | Tel.Cel. | | E-mail | |
| Nome do projeto: | | | | | |

Estando de acordo com os trâmites deste edital, venho, respeitosamente, requerer a V. Sa. a Inscrição no Programa de Bolsa de Extensão para o Projeto acima especificado.

DECLARAÇÃO NEGATIVA DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO

Eu, _____ inscrito no
RG _____ e CPF _____, declaro estar apto(a) a participar do Programa
de Bolsas de Extensão do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo – *Campus*
Votuporanga, tendo em vista que não possuo nenhum vínculo empregatício, nem outros trabalhos
remunerados.

Declaro ainda, que uma vez comprovada a acumulação desta bolsa com outros programas do
CNPq, outra agência ou universidades, comprometo-me a devolver, em valores atualizados, as
mensalidades recebidas indevidamente.

Votuporanga, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do aluno ou Responsável*

*Se o aluno for menor de idade.