



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO SUL DE MINAS GERAIS
CAMPUS POUSO ALEGRE

EDITAL xx/2025- EDITAL UNIFICADO

DECLARAÇÃO DO PAI OU RESPONSÁVEL

Projeto: _____

Bolsista: _____

CPF: _____

Declaro conhecer e aceitar os critérios e normas que regem o Programa Institucional de Bolsas, no qual meu filho(a) _____ participará desenvolvendo as atividades no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais - IFSULDEMINAS, Campus Pouso Alegre, com uma carga horária de _____ horas semanais.

Certifico como verdadeiras as informações prestadas acima e autorizo o aluno identificado a participar do Programa, nas condições definidas no Edital ____/____.

Pouso Alegre, ____ de _____ de 20____.

Dados do do pai ou responsável

Assinatura _____

Nome Completo _____

CPF: _____

RG: _____

(anexar cópia do CPF e RG do pai ou responsável)

Documento Digitalizado Público

Anexo - 9

Assunto: Anexo - 9
Assinado por: Joao Martins
Tipo do Documento: Documento
Situação: Finalizado
Nível de Acesso: Público
Tipo do Conferência: Cópia Simples

Documento assinado eletronicamente por:
■ **Joao Paulo Martins, PROFESSOR ENS BASICO TECN TECNOLOGICO**, em 23/10/2025 14:32:31.

Este documento foi armazenado no SUAP em 23/10/2025. Para comprovar sua integridade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <https://suap.ifsuldeminas.edu.br/verificar-documento-externo/> e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 745752
Código de Autenticação: c3732f39c9

