



**INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
FLUMINENSE**
Campus Campos-Centro

Secretaria de Educação
Profissional e Tecnológica

Ministério
da Educação

**Ministério da Educação
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Fluminense – IFF
Pró-Reitoria de Ensino**

**Programa de Mobilidade Acadêmica
Anexo I – Termo de Compromisso - Estudante**

Nome:	Matrícula:
Identidade:	CPF:
Campus:	
Curso:	
Curso de Destino:	
Instituição de Destino:	
País de Destino:	
Data de saída:	Previsão de Retorno:
Período:	Meses:
Representante Legal	
Nome:	
CPF:	Fone:
E-mail:	

Informo que fui aprovado(a) em processo de seleção para o Programa de Mobilidade Acadêmica CIÊNCIAS SEM FRONTEIRAS e solicito que sejam viabilizadas as providências para a manutenção do meu vínculo de matrícula durante o período de afastamento.

Declaro estar ciente que:

- Deverei apresentar, à Coordenação do Curso, o Plano de Estudos a ser desenvolvido na Instituição de Destino no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o início das atividades;
- Ao fim do período de mobilidade acadêmica, deverei apresentar Memorial das Atividades desenvolvidas na Instituição de destino à Coordenação do Curso, devidamente comprovadas e documentadas;
- Deverei solicitar o aproveitamento de estudos das atividades acadêmica realizadas com sucesso, no curso de destino, devendo para isso respeitar os prazos estabelecidos e fornecer os documentos exigidos;
- Deverei cursar todos os componentes curriculares previstos na matriz curricular vigente à época do meu retorno, para fins de integralização do curso.
- Deverei comunicar qualquer alteração do período de permanência no programa de mobilidade .

Local e Data

Assinatura do Estudante ou Representante Legal

Assinatura do Coordenador de Curso

Coordenação Registro Acadêmico