TERMO DE RESPONSABILIDADE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO EMERGENCIAL

Eu,_____

Matrícula nº_____CPF_____Telefone_____

regularmente matriculado (a) no curso de_____, Banco_____

Agência_____ Conta Corrente_____ comprometo-me a utilizar o **AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO** Tipo_____, de acordo com as normas e critérios estabelecidos na PORTARIA PROAE Nº 11, de 27 de março de 2020, e estou ciente que:

1. Poderei a qualquer tempo, ser solicitado (a) a apresentar documentação ou prestar esclarecimentos complementares que se fizerem necessários e devo, durante o período de validade do auxílio, procurar a PROAE para comunicar os casos de trancamento, formatura, mudança de curso, desistência, afastamento de saúde e/ou licença maternidade ou qualquer alteração na situação socioeconômica do meu grupo familiar e na minha vida acadêmica que tenha relação direta com o uso da bolsa alimentação emergencial**,** apresentando documentação comprobatória;
2. Será realizada pesquisa de minha situação acadêmica, pois para permanecer com o auxílio devo estar matriculado (a) no estágio supervisionado em atividades no Hospital das Clinicas da UFU;
3. O auxílio concedido ao/a estudante iniciará após assinatura desse Termo de Responsabilidade por parte do estudante, obedecendo as indicações do Comitê de Monitoramento do COVID-19- UFU.
4. Como auxílio será pago em espécie é da minha responsabilidade os dados bancários apresentados no ato da assinatura desse termo. Informo que o número da conta corrente está no meu nome e estou ciente que posso apresentar dados bancários de qualquer Banco;
5. Devo apresentar cópia do cartão da conta no ato da assinatura desse termo de responsabilidade;
6. Os auxílios serão liberados para os estudantes que cumprirem todas as etapas e definições descritas na resolução xxxx.
7. A permanência no auxílio emergencial de alimentação para os discentes que estão em atividades na área hospitalar, será vinculada ao período de ações emergenciais de enfrentamento ao COVID 19 adotados pela UFU
8. O Auxílio alimentação é pessoal e intransferível, seu uso terá vigência nos meses letivos que corresponde ao período de ações emergenciais de enfrentamento ao COVID adotados pela UFU
9. Meu auxílio alimentação será cancelado caso estabeleça vínculo empregatício com a UFU;
10. É minha responsabilidade informar a PROAE, caso seja dispensado de minhas atividades de estágio supervisionado no Hospital das Clinicas da UFU;
11. Em caso de constatação de fraude ou má fé nas informações da documentação apresentada e/ou no uso dos auxílios , recebimento após a conclusão do curso, trancamento ou desistência, bem como o não cumprimento do que neste termo está estabelecido, terei que restituir à UFU o valor recebido durante o período de uso indevido, ficando sujeito a processo administrativo.
12. Assumo responsabilidade diante dos dados fornecidos para concessão desse benefício e estou ciente das responsabilidades penais e administrativas pela má utilização do mesmo.

Declaro ter recebido, nesta data, uma via deste Termo de Responsabilidade.

_____,_____/_____/_____ _____

Cidade, Data Assinatura do Estudante