**DECLARAÇÃO DO PAI OU RESPONSÁVEL**

(caso o candidato seja menor de idade)

Declaro conhecer e aceitar os critérios e normas que regem o Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do IFC e certifico como verdadeiras as informações prestadas na Identificação do Bolsista (Anexo 07).

Autorizo o aluno**(nome do aluno),** a participar do Programa, nas condições definidas no EDITAL Nº 0XX/GDG/IFC-CAM/2015.

|  |
| --- |
| **Nome do Responsável**  xx |
| **Parentesco**  xx |
| **Telefone**  xx |

CAMBORIÚ, \_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Assinatura do pai ou responsável