**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 estudante integrante.

Autorizo o (a) aluno (a) **(nome do aluno),** a participar do Programa, nas condições definidas no EDITAL Nº 056/GDG/IFC-CAM/2016.

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

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

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

Assinatura do pai ou responsável