

ANEXO V – AUTORIZAÇÃO DOS PAIS

Eu, _____, portador
do CPF _____, RG _____,
residente na Rua _____

_____,
número _____, Cidade _____, CEP _____,

declaro entender e estar ciente que meu(minha) filho(a),
_____, atualmente matriculado no _____

ano do curso _____ participará do programa de Bolsa de Iniciação Científica
do IFSULDEMINAS - Campus Machado e receberá, durante a vigência do programa, o valor
mensal de R\$ 400,00 (quatrocentos reais) referente à bolsa.

Machado, ____ de _____ de 2024.

Assinatura do Pai ou Responsável