

AFYA
FACULDADE
PARNAÍBA

Programa de Monitoria

TERMO DE COMPROMISSO

Curso de Medicina

Semestre: _____

Aluno: _____

Programa de Monitoria

TERMO DE COMPROMISSO DO MONITOR

Semestre: _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1 Nome do Professor Orientador:

1.2 Nome do/a Monitor (a):

1.3 Tipo de vaga:

() Monitoria Remunerada () Monitoria Voluntária

1.4 Período das Atividades:

1.5 E-mail do/a Professor (a) – Orientador (a):

1.6 Telefone Professor (a) – Orientador (a):

2. DADOS DO/A BOLSISTA

CPF:

Telefones:

E-mails:

3. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS QUE DEVEM SER ANEXADOS:

- Cópia da Carteira de Identidade e do CPF;
- Histórico Escolar;

4. TERMO DE COMPROMISSO

Eu, abaixo assinado, **aceito e concordo** com os termos abaixo descritos e estou ciente das seguintes condições:



1. Que devo assumir a partir da presente data o compromisso de desempenhar minhas atividades conforme o meu Plano de Trabalho, o Edital de Seleção e o Regulamento de Monitoria num total de **12 (doze) horas semanais** de trabalho;
2. Que não sou beneficiário/a de qualquer outro tipo de bolsa da AFYA FACULDADE PARNAÍBA e que tenho conhecimento da impossibilidade regulamentar e legal da acumulação de bolsas acadêmicas;
3. Que não tenho obrigação de realizar quaisquer atividades que não guardem relação com o Plano de Trabalho e com os objetivos programa de monitoria;
4. Que tenho ciência de que:
 - (a) O certificado será expedido após validação do NED junto a COPPEXI e enviado via Even ao estudante Monitor.
 - (b) Qualquer alteração no meu Plano de Trabalho será informada por escrito ao NED ainda **durante o período de vigência.**

5. DATA E ASSINATURA

Parnaíba, _____ de _____ de _____.

Discente

Professor (a) / Orientador (a)

Nereu Bastos Teixeira Costa
Coordenador do curso de Medicina

