



*Fundação de Apoio ao Desenvolvimento da Extensão, Pesquisa, Ensino  
Profissionalizante e  
Tecnológico – FADEMA*

*Rodovia Machado Paraguaçu – km 03 – Bairro Santo Antônio –  
Machado/MG CEP: 37750-000 – [www.fadema.org.br](http://www.fadema.org.br)*

**ANEXO IV**

**AUTORIZAÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEL LEGAL**

*(para menores de 18 anos)*

<b>Título do projeto</b>	
<b>Nome do coordenador do projeto</b>	
<b>Nome da Instituição</b>	
<b>Estudante</b>	
<b>Nome completo</b>	
<b>CPF</b>	
<b>Curso</b>	
<b>Campus</b>	
<b>Instituição</b>	
<b>Responsável legal pelo estudante</b>	
<b>Nome completo</b>	
<b>CPF</b>	
<b>Nº. do documento</b>	
<b>Tipo de Documento</b>	<input type="checkbox"/> Carteira de Identidade <input type="checkbox"/> Carteira Nacional de Habilitação (CNH) <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) <input type="checkbox"/> Documento funcional (legalmente utilizado como documento de identidade)
<b>Telefone (com DDD)</b>	
<b>E-mail:</b>	



*Fundação de Apoio ao Desenvolvimento da Extensão, Pesquisa, Ensino  
Profissionalizante e  
Tecnológico – FADEMA*

*Rodovia Machado Paraguaçu – km 03 – Bairro Santo Antônio –  
Machado/MG CEP: 37750-000 – [www.fadema.org.br](http://www.fadema.org.br)*

Declaro conhecer e aceitar os critérios e as normas que regem o Edital nº 01/2023, no qual o(a) estudante descrito(a) acima, sob minha responsabilidade legal, participará como bolsista de 15 (quinze) horas semanais, desenvolvendo as atividades e receberá durante a vigência do programa o valor mensal de R\$ 400,00 (quatrocentos reais) referente à bolsa, durante 07 (sete) meses.

Assumo o compromisso de devolver ao erário, em valores atualizados, a(s) mensalidade(s) recebida(s) indevidamente, caso os requisitos e os compromissos do plano de trabalho do projeto mencionado não sejam cumpridos.

Certifico como verdadeiras as informações prestadas acima e autorizo o(a) estudante identificado(a) a participar do programa, nas condições definidas no Edital.

Local/UF, data.

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

***\*Necessário anexar cópia do documento de identidade do responsável legal.***