1. NOME:
2. CURSO:
3. Nº DE MATRÍCULA: **04)** IDENTIDADE(RG):

**05)** CPF : **06)**NACIONALIDADE:

**07)** NATURALIDADE:

**08)** FILIAÇÃO:

**09)**ENDEREÇO:

**10)**CEP:

**12)** BANCO:

**14)** Nº DA CONTA: .

**11)** TELEFONE:

1. Nº DA AGÊNCIA:

**IDENTIFICAÇÃO DO MONITOR**

**15)** E-MAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO PROFESSOR ORIENTADOR**

* 1. NOME:
	2. DISCIPLINA:

**IDENTIFICAÇÃO DA DISCIPLINA MONITORADA**

1. NOME:
2. CÓDIGO:
3. CENTRO:

**T E R M O DE C O M P R O M I S S O**

M O N I T O R I A

|  |
| --- |
|  |
|  , aluno (a) regular do Curso de , vinculando-se à Disciplina , recebendo uma Bolsa de Monitoria no valor de que lhe foi concedida pela Universidade Federal do Acre para o período **de 25/04/ 2019 a 19/07/**2019**Compromete-se a:**Apresentar, mensalmente e ao final de cada período letivo ou prorrogação, relatório das atividades realizadas;Reconhecer que o exercício da monitoria não acarretará, em nenhuma hipótese, vínculo empregatício; Fazer jus ao benefício da bolsa, a qual se vincula por este documento, enquanto permanecer no exercício da monitoria, obedecendo às disposições legais;Cumprir um mínimo de 12h semanais de atividade**;**Não exercer as atividades da monitoria no mesmo horário em que estiver cursando as disciplinas regulares do curso. |
| E, para firmeza e validade do que aqui se estabelece, assina o presente **Termo de Compromisso** em 2 (duas) vias, juntamente com o Pró-Reitor de Graduação da Universidade Federal do Acre. |

**DISCENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Data: / /  |  |
| *Assinatura* |

**PRÓ-REITOR DE GRADUAÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| Data: / /  |  |
| *Assinatura* |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO MONITOR** |
| Nome:  |
| Centro: CCSD |
| Disciplina/Curso: |  |  | Período: |  |
| Professor Orientador:  |
| **E S P E C I F I C A Ç Ã O** |
| **DISCIPLINA** | Nº DE TURMAS | Nº DE ALUNOS | **CAR GA H ORÁ RI A** |
| Sala de aula | Laboratório | Campo |
|  |  |  |  |  |  |
| **P L A N O D E T R A B A L H O** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Rio Branco-AC, ................../................./......................

De acordo:

Professor Orientador

Aprovado:

Diretor do Centro Acadêmico