| **Ficha de Cadastramento / Termo de Compromisso do Bolsista (\*) Campos Obrigatórios** | | | | | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Data do cadastramento **\*** | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 1. Nome da Instituição ao qual está vinculado (SIGLA + NOME) **\*** | | | | | **IFMT – INSTITUTO FEDERAL DE MATO GROSSO** | | | | | | | | | | |
| 1. Tipo do Curso ao qual está vinculado **\*** | | | | | ( ) Aperfeiçoamento ( ) Bacharelado ( ) Lato Sensu ( ) Licenciatura ( ) Extensão  ( ) Seqüencial ( ) Tecnólogo ( ) Mestrado ( ) Doutorado | | | | | | | | | | |
| 1. Nome do Curso ao qual está vinculado **\*** | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 1. Função no Programa- Tipo de Bolsa **\*** | | | | | **TUTOR** | | | | | | | | | | |
| 1. Número do CPF **\*** | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 1. Nome Completo **\*** | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 1. Profissão **\*** | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 1. Sexo **\*** | | | | | ☐ M ☐F | | | | 1. Data de Nascimento **\*** | | | |  | | |
| 1. N° documento de identificação **\*** | | | | |  | | | | 1. Tipo documento de identificação **\*** | | | |  | | |
| 1. Data de Emissão do documento **\*** | | | | |  | | | | 1. Órgão Expedidor do documento **\*** | | | |  | | |
| 1. Unidade Federativa Nascimento **\*** | | | | |  | | | | 1. Município Local Nascimento **\*** | | | |  | | |
| 1. Estado Civil **\*** | | | | | ☐ Solteiro (a) ☐ Casado (a) ☐ Separado (a)  ☐ Divorciado (a) ☐ Viúvo (a) ☐ União Estável | | | | | | | | | | |
| 1. Nome cônjuge | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 1. Nome do Pai | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 1. Nome da Mãe **\*** | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Endereço para Contato** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Endereço Residencial **\*** | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 1. Complemento do endereço | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 1. Número |  | | | 1. Bairro | |  | | | | | | 1. CEP **\*** | |  | |
| 1. Unidade Federativa **\*** | | |  | | | | | 1. Município **\*** | | |  | | | | |
| 1. Código DDD **\*** |  | | | 1. Telefone de contato **\*** | | | |  | | | 1. Telefone celular \* | | | |  |
| 1. E-mail de contato **\*** | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Dados da Formação em Nível Superior** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Área do último Curso Superior Concluído  **\*** | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 1. Último curso de titulação  **\*** | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 1. Nome da Instituição de titulação  **\*** | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **Informações Bancárias** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Banco **\*** | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 1. Agência **\*** | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 1. Conta Corrente **\*** | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Denominação  DIRETORIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA | | | | | | | | | | Sigla  DED/CAPES | | | | | |
| **Endereço**  SBN Quadra 02 Bloco L Lote 6, 8º andar - CEP: 70040 -020, Brasília – DF | | | | | | | | | | | | | | | |

| **Atribuições do Bolsista** |
| --- |
| * Mediar a comunicação de conteúdos entre o professor e os cursistas; * Acompanhar as atividades discentes, conforme o cronograma do curso; * Apoiar o professor da disciplina no desenvolvimento das atividades docentes; * Estabelecer contato permanente com os alunos e mediar as atividades discentes; * Colaborar com a coordenação do curso na avaliação dos estudantes; * Participar das atividades de capacitação e atualização promovidas pela Instituição de Ensino; * Elaborar relatórios mensais de acompanhamento dos alunos e encaminhar à coordenadoria de tutoria; * Participar do processo de avaliação da disciplina sob orientação do professor responsável; * Manter regularidade de acesso ao Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) e dar retorno às solicitações dos cursistas no prazo máximo de 24 horas; * Apoiar operacionalmente a coordenação do curso nas atividades presenciais nos pólos, em especial na aplicação de avaliações. |
| **Dos materiais** |
| Com relação aos materiais, por mim elaborados, exclusivamente ou em coautoria, em atividades exercidas em decorrência da percepção de parcelas desta bolsa:  Autorizo, sem qualquer restrição, o livre licenciamento do material pela Instituição de Ensino ou pela CAPES, por meio da Licença Creative Commons, ou similar, na modalidade abaixo por mim selecionada, ou de licença equivalente, o que permitirá as respectivas ações abaixo relacionadas, desde que atribuam o devido crédito pela criação original, em conformidade com as orientações da DED/Capes em vigor. Devidamente licenciado, o material será disponibilizado em repositório institucional aberto da Instituição de Ensino ou outro a ser indicado pela Capes.  **Uma das opções abaixo deverá ser assinalada de acordo com a licença selecionada:**  (a) ( ) CC-BY-SA: esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito e que licenciem as novas criações sob termos idênticos.  (b) ( ) CC-BY: esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.  (c) ( ) CC-BY-NC-SA: esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais, desde que atribuam o devido crédito e que licenciem as novas criações sob termos idênticos.  (d) ( ) CC-BY-NC: esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais, e embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos. |
| **Declaração** |
| Declaro ter ciência dos direitos e das obrigações inerentes à qualidade de bolsista na função de TUTOR e nesse sentido, COMPROMETO-ME a respeitar as cláusulas descritas nas atribuições do bolsista deste Termo de Compromisso. Declaro, ainda, sob as penas da lei, que as informações prestadas são a expressão da verdade e que preencho plenamente os requisitos expressos na Portaria Capes n.º 183/2016.  Estou ciente, também, que a inobservância dos requisitos citados acima implicará(ão) no cancelamento da(s) bolsa(s), com a restituição integral e imediata dos recursos, de acordo com as regras previstas e que o não cumprimento dos dispositivos legais acarretará na suspensão, por cinco anos, do bolsista para recebimento de bolsas no âmbito da CAPES. |

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

Local Data

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

Assinatura do Bolsista

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

Assinatura do Coordenador UAB do IFMT