

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS

**IFMG – *Campus* Sabará**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME:** | **CURSO:** |
| **CPF:** | **DATA: / / 2025** |
| **TERMO DEAUTORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO E INTERVENÇÃO EM EQUIPEMULTIDISCIPLINAR**  Eu, , inscrito no CPF nº , responsável pelo(a) estudante  , inscrito no CPF nº , autorizo esse(a) a acessar a quaisquer serviços de atendimento e orientação ao educando que a instituição disponibiliza, a saber, serviços de enfermagem, pedagogia, psicologia e serviço social. Considerando que o(a) aluno(a) tenha autonomia para buscar ou recusar quaisquer tipos de intervenções desses serviços.  O presente instrumento particular de autorização é celebrado em caráter definitivo, irrevogável, obrigando -se as partes por si e por seus sucessores a qualquer título, a integralmente os termos e condições aqui estipuladas.  **Assinatura candidato(a) ou Responsável Legal** : | |
| **TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE**  Como aluno (a) desta Instituição, responsabilizo-me pela dedicação às atividades programadas pela Instituição, comprometo-me a tomar conhecimento de todos os dispositivos do Regimento Interno, Código de Conduta e Disciplina do Corpo Discente deste estabelecimento, bem como respeitá-lo.  Comprometo-me ainda, a indenizar todo e qualquer dano que eu possa vir causar ao patrimônio deste estabelecimento ou de terceiros.  **Assinatura candidato(a) ou Responsável Legal** : | |
|  | |