



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA GOIANO

Termo de Ciência

Declaro, para os devidos fins, que sou responsável pelo aluno _____ e estou ciente da obrigatoriedade de sua participação na primeira aula do Programa **PARTIU IF - Campus Cristalina**.

Estou informado de que a não participação do aluno na primeira aula resultará na eliminação do programa, com a substituição pelo próximo colocado na lista de espera.

Assumo total responsabilidade pela participação do aluno e estou ciente de que a ausência acarretará na exclusão do aluno do programa, conforme as condições estabelecidas.

Local e data:

Assinatura do Responsável:

Data: / /

Assinatura do Aluno (como ciente):

Data: / /

Documento assinado eletronicamente por:

- **Eduardo Silva Vasconcelos, DIRETOR(A) GERAL - CD2 - CMPCRIS**, em 03/04/2025 09:18:13.

Este documento foi emitido pelo SUAP em 01/04/2025. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <https://suap.ifgoiano.edu.br/autenticar-documento/> e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 693699

Código de Autenticação: 55055fc056



INSTITUTO FEDERAL GOIANO

Campus Cristalina

Rua Araguaia, Loteamento 71, SN, Setor Oeste, CRISTALINA / GO, CEP 73850-000

