

TERMO DE CIÊNCIA

Declaro estar ciente de que ao efetivar matrícula no curso em andamento de Formação Inicial e Continuada (FIC) em _____, do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais (IFNMG), Campus _____, Polo _____, estou assumindo as faltas do período compreendido entre o início das aulas e a data da efetivação da matrícula.

_____, _____ de _____ de _____
Cidade Dia Mês Ano

Assinatura do(da) Responsável (se menor ou por procuração)

Assinatura do(da) Discente

CPF nº: _____

Contato: () _____