TERMO DE COMPROMISSO DE VISITAS TÉCNICAS PARA DISCENTES

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) regularmente matriculado(a) no Curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sob o prontuário nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do Câmpus São Paulo do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo – IFSP, participante da Visita Técnica (VT) a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no período de \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_, estou ciente de que a VT da qual participarei é uma atividade acadêmica externa regida pela Organização Didática e pelas normas internas vigentes do IFSP. Assim, me comprometo a observar o que está disposto nesses documentos, entendendo que:

* É terminantemente proibido o consumo de bebidas alcoólicas durante o transporte. Aqueles que desrespeitarem esta proibição estarão sujeitos às medidas legais cabíveis constantes na legislação institucional e nas Leis do código penal.
* É vedado ao aluno pernoitar em local não autorizado pelo docente responsável.
* Observar vestimenta adequada (em caso de indústrias ou necessidades específicas).
* As VTs que farão uso de transporte oficial deverão partir e chegar do/no câmpus.

E ainda, autorizo a cessão e o uso da minha imagem (som e imagem) sem ônus para o IFSP, visando fins institucionais a qualquer tempo.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2023.

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

Discente

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

Responsável legal (em caso de menor de idade)

Nome do Responsável:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF do Responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informações Médicas (Preencher somente se necessário)**

1. Tel. emergência 24horas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Alergia ou observação médica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**