**EDITAL Nº 04/2023/PROEX/IFG**

**ANEXO XII**

**TERMO DE COMPROMISSO DO SERVIDOR EXTENSIONISTA**

|  |
| --- |
| **DADOS PESSOAIS** |
| Nome Completo: |
| Câmpus: | CPF: |
| Cargo: | Departamento de Lotação: |
| Matrícula: | Data de Nascimento: | Telefone Fixo e/ou Celular: | Identidade/Orgão Emissor: | UF: |
| Sexo: F ( ) M ( ) | e-mail: |
| Endereço Completo: | Complemento: |
| Bairro: | Cidade: | UF: | CEP: |
| Ação de Extensão a que está vinculado: |
| Coordenador(a)/Proponente/ Responsável Institucional: |
| **ESPECIFICAÇÃO DO PERÍODO** |
| Vigência da Ação de Extensão | Período Total (meses) |
| Início: | Término: |  |
| **CONDIÇÕES DO TERMO DE COMPROMISSO** |
| 1. Executar o plano de trabalho de acordo com as metas e atividades previstas na ação cadastradas no módulo de Extensão do SUAP, cumprindo o cronograma estabelecido.
2. Registrar por meio de fotos, vídeos e outros, as atividades desenvolvidas na Ação de extensão.
3. Participar do(s) evento(s) interno(s) e externo(s) de divulgação da extensão de acordo com a demanda institucional.
 |
| **ESTOU CIENTE E DE ACORDO COM AS NORMAS DO TERMO DE COMPROMISSO** |
| Data:\_\_\_ / \_\_\_ /\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do participante da Ação de Extensão |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Coordenador da Ação de Extensão | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura da chefia imediata do participante da Ação de Extensão |