



FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE BOLSISTAS DA
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL

C A P E S

Ficha de Cadastro / Termo de Compromisso do Bolsista (*) Campos Obrigatórios

1. Data do cadastramento *					
2. Nome da Instituição ao qual esta vinculado (SIGLA + NOME) *					
3. Tipo do Curso ao qual esta vinculado *	<input type="checkbox"/> Aperfeiçoamento	<input type="checkbox"/> Bacharelado	<input type="checkbox"/> Lato Sensu	<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Extensão
	<input type="checkbox"/> Sequencial	<input type="checkbox"/> Tecnólogo	<input type="checkbox"/> Mestrado	<input type="checkbox"/> Doutorado	
4. Nome do Curso ao qual esta vinculado *					
5. Função no Programa- Tipo de Bolsa *	TUTOR				
6. Número do CPF *					
7. Nome Completo *					
8. Profissão *					
9. Sexo *	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	10. Data de Nascimento *		
11. N° documento de identificação *			12. Tipo documento de identificação *		
13. Data de Emissão do documento *			14. Órgão Expedidor do documento *		
15. Unidade Federativa Nascimento *			16. Município Local Nascimento *		
17. Estado Civil *	<input type="checkbox"/> Solteiro (a)	<input type="checkbox"/> Casado (a)	<input type="checkbox"/> Separado (a)		
	<input type="checkbox"/> Divorciado (a)	<input type="checkbox"/> Viúvo (a)	<input type="checkbox"/> União Estável		
18. Nome cônjuge					
19. Nome do Pai					
20. Nome da Mãe *					
Endereço para Contato					
21. Endereço Residencial *					
22. Complemento do endereço					
23. Número		24. Bairro		25. CEP *	
26. Unidade Federativa *		27. Município *			
28. Código DDD *		29. Telefone de contato *		30. Telefone celular *	
31. E-mail de contato *					
Dados da Formação em Nível Superior					
32. Área do último Curso Superior Concluído *					
33. Último curso de titulação *					
34. Nome da Instituição de Titulação *					
Informações Bancárias					
35. Banco	001 – BANCO DO BRASIL				
36. Agência Preferencial - Sem dígito verificador *					
ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA					
Denominação	Sigla				
DIRETORIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA	DED/CAPES				
Endereço					
SBN Quadra 02 Bloco L Lote 6, 8º andar - CEP: 70040 -020, Brasília – DF					



FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE BOLSISTAS DA
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL

Atribuições do Bolsista

A opção 1 ou 2 deverá ser assinalada de acordo com a função a ser exercida.

- Mediar a comunicação de conteúdos entre o professor e os cursistas;
 - Acompanhar as atividades discentes, conforme o cronograma do curso;
 - Apoiar o professor da disciplina no desenvolvimento das atividades docentes;
 - Estabelecer contato permanente com os alunos e mediar às atividades discentes;
 - Colaborar com a coordenação do curso na avaliação dos estudantes;
 - Participar das atividades de capacitação e atualização promovidas pela Instituição de Ensino;
 - Elaborar relatórios mensais de acompanhamento dos alunos e encaminhar à coordenação de tutoria;
 - Participar do processo de avaliação da disciplina sob orientação do professor responsável;
- 1 – () Tutor a Distância** Manter regularidade de acesso ao AVA e dar retorno às solicitações do cursista no prazo máximo de 24 horas;
- 2 – () Tutor Presencial** Apoiar operacionalmente a coordenação do curso nas atividades presenciais nos pólos, em especial na aplicação de avaliações.

Declaração

Declaro ter ciência dos direitos e das obrigações inerentes à qualidade de bolsista na função de TUTOR e nesse sentido, COMPROMETO-ME a respeitar as cláusulas descritas nas atribuições do bolsista deste Termo de Compromisso.

Declaro, ainda, sob as penas da lei, que as informações prestadas são a expressão da verdade e que preencho plenamente os requisitos expressos na Lei 11.273/ 2006 e da Lei 11.502/2007, para o recebimento da bolsa e que o recebimento da referida bolsa não constituirá acúmulo de bolsa de estudo ou pesquisa conforme disposto no artigo 1º inciso III da lei 11.273/2006 exceto os casos disciplinados pelas portarias conjuntas CAPES/CNPQ Número 01 de dezembro de 2007 e portaria Número 02 de 10 de abril de 2013 e:

() Que possuo formação de nível superior e tenho ____ ano(s) de experiência no magistério do ensino básico ou superior; **e/ou**

() Formação de nível superior e vínculo a programa de pós-graduação ; **e/ou**

() Formação de nível superior e Formação pós-graduada.

Estou ciente, também, que a inobservância dos requisitos citados acima implicará(ão) no cancelamento da(s) bolsa(s), com a restituição integral e imediata dos recursos, de acordo com as regras prevista na Resolução FNDE/CD nº 26 de 06 de junho de 2009 com redação atualizada pela resolução FNDE/CD nº 8 de 30 de abril de 2010 e que o não cumprimento dos dispositivos legais acarretará na suspensão, por cinco anos, do bolsista para recebimento de bolsas no âmbito da CAPES.

_____, ____/____/____. Local

Data

Assinatura do Bolsista

Assinatura do Coordenador UAB da IPES