|  |
| --- |
| **Ficha de Cadastramento / Termo de Compromisso do Bolsista (\*) Campos Obrigatórios** |
| 1. Data do cadastramento **\***
 | 02/10/2023 |
| 1. Nome da Instituição ao qual está vinculado (SIGLA + NOME) **\***
 | **Instituto Federal de Mato Grosso - IFMT** |
| 1. Tipo do Curso ao qual está vinculado **\***
 | ( ) Aperfeiçoamento ( ) Bacharelado ( ) Lato Sensu ( ) Licenciatura ( ) Extensão( ) Sequencial ( ) Tecnólogo ( ) Mestrado ( ) Doutorado |
| 1. Nome do Curso ao qual está vinculado **\***
 | Equipe Multidisciplinar |
| 1. Função no Programa- Tipo de Bolsa **\***
 | **PROFESSOR FORMADOR** |
| 1. Número do CPF **\***
 |   |
| 1. Nome Completo **\***
 |   |
| 1. Profissão **\***
 | Professora |
| 1. Sexo **\***
 | ☐ M ☐ F | 1. Data de Nascimento **\***
 |   |
| 1. N° documento de identificação **\***
 |   | 1. Tipo documento de identificação **\***
 | RG |
| 1. Data de Emissão do documento **\***
 |   | 1. Órgão Expedidor do documento **\***
 |   |
| 1. Unidade Federativa Nascimento **\***
 |   | 1. Município Local Nascimento **\***
 |   |
| 1. Estado Civil **\***
 | ☐ Solteiro (a) ☐ Casado (a) ☐ Separado (a) ☐ Divorciado (a) ☐ Viúvo (a) ☐ União Estável |
| 1. Nome cônjuge
 |   |
| 1. Nome do Pai
 |   |
| 1. Nome da Mãe **\***
 |   |
| **Endereço para Contato**  |
| 1. Endereço Residencial **\***
 |   |
| 1. Complemento do endereço
 |   |
| 1. Número
 |   | 1. Bairro
 |  | 1. CEP **\***
 |   |
| 1. Unidade Federativa **\***
 | MT | 1. Município **\***
 | Cuiabá |
| 1. Código DDD **\***
 |  | 1. Telefone de contato **\***
 |  | 1. Telefone celular \*
 |  |
| 1. E-mail de contato **\***
 |  |
| **Dados da Formação em Nível Superior**  |
| 1. Área do último Curso Superior Concluído **\***
 |   |
| 1. Último curso de titulação **\***
 |   |
| 1. Nome da Instituição de Titulação **\***
 |   |
| **Informações Bancárias**  |
| 1. Banco **\***
 |  |
| 1. Agência **\***
 |   |
| 1. Conta Corrente **\***
 |   |
| **ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA** |
| DenominaçãoDIRETORIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA  | SiglaDED/CAPES |
|  **Endereço** SBN Quadra 02 Bloco L Lote 6, 8º andar - CEP: 70040 -020, Brasília – DF  |

|  |
| --- |
| **Atribuições do Bolsista**  |
| * Desenvolver as atividades docentes na capacitação de coordenadores, professores e tutores mediante o uso dos recursos e metodologia previstos no plano de capacitação;
* Participar das atividades de docência das disciplinas curriculares do curso;
* Participar de grupo de trabalho para o desenvolvimento de metodologia na modalidade a distância;
* Participar e/ou atuar nas atividades de capacitação desenvolvidas na Instituição de Ensino;
* Coordenar as atividades acadêmicas dos tutores atuantes em disciplinas ou conteúdos sob sua coordenação;
* Desenvolver o sistema de avaliação de alunos, mediante o uso dos recursos e metodologia previstos no plano de curso;
* Apresentar ao coordenador de curso, ao final da disciplina ofertada, relatório do desempenho dos estudantes e do desenvolvimento da disciplina;
* Desenvolver, em colaboração com o coordenador de curso, a metodologia de avaliação do aluno;
* Desenvolver pesquisa de acompanhamento das atividades de ensino desenvolvidas nos cursos na modalidade a distância;
* Elaborar relatórios semestrais sobre as atividades de ensino no âmbito de suas atribuições, para encaminhamento à DED/CAPES/ MEC, ou quando solicitado.
 |
| **Dos materiais** |
| Com relação aos materiais, por mim elaborados, exclusivamente ou em coautoria, em atividades exercidas em decorrência da percepção de parcelas desta bolsa:Autorizo, sem qualquer restrição, o livre licenciamento do material pela Instituição de Ensino ou pela CAPES, por meio da Licença Creative Commons, ou similar, na modalidade abaixo por mim selecionada, ou de licença equivalente, o que permitirá as respectivas ações abaixo relacionadas, desde que atribuam o devido crédito pela criação original, em conformidade com as orientações da DED/Capes em vigor. Devidamente licenciado, o material será disponibilizado em repositório institucional aberto da Instituição de Ensino ou outro a ser indicado pela Capes.**Uma das opções abaixo deverá ser assinalada de acordo com a licença selecionada:**(a) ( ) CC-BY-SA: esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito e que licenciem as novas criações sob termos idênticos.(b) ( ) CC-BY: esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.(c) ( ) CC-BY-NC-SA: esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais, desde que atribuam o devido crédito e que licenciem as novas criações sob termos idênticos.(d) ( ) CC-BY-NC: esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais, e embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos. |
| **Declaração**  |
| Declaro ter ciência dos direitos e das obrigações inerentes à qualidade de bolsista na função de PROFESSOR 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 Portaria Capes n.º 183/2016.**A opção deverá ser assinalada de acordo com os requisitos preenchidos.****( ) PROFESSOR FORMADOR I****OU****( ) PROFESSOR FORMADOR II**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 previstas e que o não cumprimento dos dispositivos legais acarretará na instauração de processo administrativo. |

Cuiabá-MT, 02 / 10 / 2023.

Local Data

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

Assinatura do Bolsista

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

Assinatura do Coordenador UAB do IFMT