**ANEXO I**

**DA RESOLUÇÃO 01/2017 DA COORDENAÇÃO GERAL DO SINASEFE SEÇÃO-IFES**

**TERMO DE COMPROMISSO**

Eu (nome), (nacionalidade), (estado civil), (profissão), inscrito no CPF sob o nº (informar) e no RG nº (informar), residente a (rua/av), nº (informar) , bairro (informar) , cidade (informar) , estado (informar) , cep (informar), telefone (informar), me comprometo a prestar conta ao SINASEFE Seção IFES do valor recebido de ajuda de custo/doação no prazo máximo de 10 dias após o término do evento (informar).

Declaro ter ciência de que o descumprimento do compromisso acima implicará na devolução total do valor recebido, impedimento de solicitações futuras além de estar sujeito as sanções legais cabíveis.

Vitória-ES, (dia) de (mês) de (ano)

(assinatura)  
(nome)