

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

GABINETE DA REITORIA

SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL - SAEST COORDENADORIA DE ACESSIBILIDADE – CoAcess

PROGRAMA DE APOIO ESPECIALIZADO E INDIVIDUAL – PAI/PCD

ANEXO IV – MODELO DE TERMO DE COMPROMISSO

À Superintendência de Assistência Estudantil/SAEST/CoAcess/UFPA

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, discente com deficiência \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Auditiva/Surdo, visual, física, intelectual, Transtorno do Espectro Autista, múltipla), matriculado no Curso de Graduação em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do Campus Universitário de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tomo CIÊNCIA das condições de participação e de cancelamento no Programa PAI e das orientações do técnico especializado sobre o Plano de Ação Individual, me comprometendo em atendê-las.

Assinatura do(a) aluna(o):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável (em caso de TEA ou DI): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Técnico responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_