**Departamento de Psicologia - UFSJ TERMO DE COMPROMISSO**

# Iniciação Científica Voluntária – IC

|  |
| --- |
| DADOS DO PROJETO |
| Coordenador: |
| Nome do Projeto: |
| Data de Início das atividades da(o) discente: | Data de Término das atividades da(o) discente: |

|  |
| --- |
| DADOS DA(O) DISCENTE VOLUNTÁRIA(O) |
| Nome: |
| É discente substituta(o)? Sim Não  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Curso/Período: | Matrícula: |
| RG: | CPF: |
| Data de nascimento: | Naturalidade: |
| Endereço: | Bairro: |
| CEP: | Cidade: |
| Telefone: | Cel: |
| e-mail: | Lattes: |

Declaro estar ciente das **NORMAS PARA ATIVIDADE DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA VOLUNTÁRIA NO DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA.**

São João del-Rei, / /

Assinatura da(o) discente: