

**Inscrição para Bolsa de Estudos Assistencial**

**Leia com atenção** todo o formulário antes de preencher. Qualquer informação inverídica, ou mau preenchimento, bem como a não apresentação dos documentos necessários, eliminará suas possibilidades de ser contemplado com a bolsa.

1. **IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO**

Nome: Data Nasc.: / /\_\_\_\_\_\_

 RA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. .

Nacionalidade: Estado Civil: Sexo: [ ] Feminino [ ] Masculino

RG: CPF:

Curso: Campus: Ano/Semestre:

 Bolsista: [ ] Sim [ ] Não B.A.: [ ] Sim [ ] Não Prouni: [ ] Sim [ ] Não Outras:

Endereço:

Bairro: Cidade: UF: CEP:

Telefone residência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cml:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço eletrônico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estudou em: [ ] Escola Pública [ ] Privada Bolsista: [ ] Sim [ ] Não %:

Portador de Deficiência: [ ] Sim [ ] Não Prof. Ins. Pública: [ ] Sim [ ] Não

Possui Diploma Superior: [ ] Sim [ ] Não Estuda em Outra IES: [ ] Sim [ ] Não

1. **COMPOSIÇÃO FAMILIAR**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Parentesco** | **Data Nasc.** | **CPF** | **Ocupação\*** | **Renda** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\*Colocar cargo, função ou desempregado, aposentado, autônomo, estagiário e outros.

 Renda Mensal Familiar: Renda Per Capita:

1. **INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Família Possui: Carro/Moto: [ ] Sim [ ] Não Marca: Ano:

Moradia: Própria: [ ] Sim [ ] Não [ ] Financiada [ ] Quitada [ ] Cedida [ ] Alugada

Outros Imóveis: [ ] Sim [ ] Não

1. **CONDIÇÃO DE SAÚDE**

Você e/ou seus familiares apresentam algum tipo de doença: [ ] Sim [ ] Não

Em caso de resposta afirmativa: Quem da família?

Qual a doença: Gasto Mensal:

1. **RELAÇÃO DE DESPESAS FIXAS MENSAIS**

Aluguel/Financiamento/Condomínio:

Alimentação:

Água/Luz/Gás/IPTU/Telefone/NET:

Plano de Saúde/Medicamentos:

Cartão de Crédito/Seguro de Carro/Prestação do Carro:

Transporte:

Outras Escolas:

Casa de Praia/Campo:

Outros Gastos:

1. **JUSTIFICATIVA**

**Declaro para efeitos legais que as informações ora fornecidas correspondem à realidade.**

1. **PARA USO INTERNO DA COMISSÃO DE BOLSA DE ESTUDOS**

|  |
| --- |
|  |

São Paulo, de de 20

Assinatura do Aluno/Responsável:

**Declaro que tenho ciência e aceito expressamente os termos da Política Institucional de Bolsas e Descontos.**