



**CAMPANHA NACIONAL DE ESCOLAS DA COMUNIDADE**

**FICHA SOCIOECONÔMICA**

**SOLICITAÇÃO DE BOLSA**

1. DADOS PRELIMINARES										
UNIDADE	<b>FACULDADE CENECISTA NOSSA SENHORA DOS ANJOS</b>					CNPJ: 33.621.384		-		
NÚMERO DO PROCESSO DE CONCESSÃO DE BOLSA DE ESTUDO (PREENCHIDO PELA UNIDADE)										
MATRÍCULA		CURSO								
PERÍODO / ANO / SÉRIE		MANHÃ	TARDE	NOITE	TURMA					
		(MARQUE COM A LETRA X)								
<b>2010/01</b>				<b>X</b>						
2. IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO										
NOME COMPLETO										
LOGRADOURO					Nº		COMPLEMENTO			
BAIRRO					MUNICÍPIO					
UF		CEP			TELEFONE					
DATA DE NASCIMENTO	DIA	MÊS	ANO	/////	SEXO (MARQUE COM A LETRA X)					
				//////	<input type="checkbox"/>	MASCULINO	<input type="checkbox"/>	FEMININO		
ESTADO CIVIL (MARQUE COM A LETRA X)	SOLTEIRO		CASADO		DIVORCIADO		UNIÃO ESTÁVEL		OUTROS	
DOCUMENTOS	CPF		IDENTIDADE (RG)		ÓRGÃO EMISSOR		CARTEIRA DE TRABALHO			
2.1. DADOS DA EMPRESA EM QUE O ALUNO TRABALHA										
NOME DA EMPRESA						TELEFONE				
FUNÇÃO						SALÁRIO	R\$			
2.2. A RESIDÊNCIA DO ALUNO										
MARQUE COM A LETRA X. EM OUTROS, ESPECIFIQUE R\$ - ESCREVA O VALOR EM REAIS	PRÓPRIA	ALUGADA		CEDIDA	FINANCIADA		OUTROS			
		R\$			R\$					
2.3 POSSUI BOLSA DE ESTUDO?										
MARQUE COM A LETRA X.	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	TIPO DE BOLSA: _____					
					VALOR OU PERCENTUAL R\$ _____ ou _____ %					
2.4 POSSUI ALGUM FINANCIAMENTO ESTUDANTIL?										
MARQUE COM A LETRA X.	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM	TIPO: _____					
					VALOR OU PERCENTUAL R\$ _____ ou _____ %					

<b>3. IDENTIFICAÇÃO DO (A) CONJUGE</b>										
NOME COMPLETO										
<b>3.1. DADOS DA EMPRESA EM QUE O (A) CONJUGE TRABALHA</b>										
NOME DA EMPRESA						TELEFONE				
FUNÇÃO						SALÁRIO		R\$		
<b>4.1. FILIAÇÃO – PAI</b>										
NOME COMPLETO										
LOGRADOURO						N°		COMPLEMENTO		
BAIRRO						MUNICÍPIO				
UF		CEP				TELEFONE				
DATA DE NASCIMENTO		DIA	MÊS	ANO	/////	ESTADO CIVIL				
					/////	SOLTEIRO	CASADO	DIVORCIADO	UNIÃO ESTÁVEL	OUTROS
DOCUMENTOS		CPF		IDENTIDADE (RG)		ÓRGÃO EMISSOR		CARTEIRA DE TRABALHO		
<b>4.1.1. DADOS DA EMPRESA EM QUE O PAI TRABALHA</b>										
NOME DA EMPRESA						TELEFONE				
FUNÇÃO						SALÁRIO		R\$		
<b>4.1.2. A RESIDÊNCIA DO PAI</b>										
MARQUE COM A LETRA X. EM OUTROS, ESPECIFIQUE R\$ - ESCREVA O VALOR EM REAIS	PRÓPRIA	ALUGADA		CEDIDA	FINANCIADA		OUTROS			
			R\$			R\$				
<b>4.2. FILIAÇÃO – MÃE</b>										
NOME COMPLETO										
LOGRADOURO						N°		COMPLEMENTO		
BAIRRO						MUNICÍPIO				
UF		CEP				TELEFONE				
DATA DE NASCIMENTO		DIA	MÊS	ANO	/////	ESTADO CIVIL				
					/////	SOLTEIRO	CASADO	DIVORCIADO	UNIÃO ESTÁVEL	OUTROS
DOCUMENTOS		CPF		IDENTIDADE (RG)		ÓRGÃO EMISSOR		CARTEIRA DE TRABALHO		
<b>4.2.1. DADOS DA EMPRESA EM QUE A MÃE TRABALHA</b>										
NOME DA EMPRESA						TELEFONE				
FUNÇÃO						SALÁRIO		R\$		
<b>4.2.2. A RESIDÊNCIA DA MÃE</b>										
MARQUE COM A LETRA X. EM OUTROS, ESPECIFIQUE R\$ - ESCREVA O VALOR EM REAIS	PRÓPRIA	ALUGADA		CEDIDA	FINANCIADA		OUTROS			
			R\$			R\$				

4.3. REPRESENTANTE LEGAL NA FALTA DOS PAIS										
NOME COMPLETO										
LOGRADOURO					Nº			COMPLEMENTO		
BAIRRO					MUNICÍPIO					
UF			CEP			TELEFONE				
DATA DE NASCIMENTO	DIA	MÊS	ANO	//////	ESTADO CIVIL					
				////// //	SOLTEIRO	CASADO	DIVORCIADO	UNIÃO ESTÁVEL	OUTROS	
DOCUMENTOS	CPF		IDENTIDADE (RG)		ÓRGÃO EMISSOR		CARTEIRA DE TRABALHO			
4.3.1. DADOS DA EMPRESA EM O REPRESENTANTE LEGAL TRABALHA										
NOME DA EMPRESA					TELEFONE					
FUNÇÃO					SALÁRIO					
4.3.2. A RESIDÊNCIA DO REPRESENTANTE LEGAL										
MARQUE COM A LETRA X. EM OUTROS, ESPECIFIQUE R\$ - ESCREVA O VALOR EM REAIS	PRÓPRIA	ALUGADA		CEDIDA	FINANCIADA		OUTROS			
			R\$			R\$				
5. BENS DO GRUPO FAMILIAR										
DESCRIÇÃO					VALOR (R\$)					
6. MEMBROS DA FAMÍLIA QUE RECEBEM BENEFÍCIO(S)										
	BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA - BPC	R\$			PARENTESCO					
	PENSÃO ALIMENTÍCIA	R\$			PARENTESCO					
	PENSÃO	R\$			PARENTESCO					
	APOSENTADORA	R\$			PARENTESCO					
	AUXÍLIO DOENÇA	R\$			PARENTESCO					
	OUTROS	R\$			PARENTESCO					
7. OUTROS MEMBROS DA FAMÍLIA QUE TRABALHAM										
NOME COMPLETO					EMPRESA		SALÁRIO MENSAL			
8. MEMBROS DA FAMÍLIA QUE ESTUDAM										
NOME COMPLETO					INSTITUIÇÃO		MENSALIDADE			

9. GRUPO FAMILIAR					
NOME	GRAU DE PARENTESCO	NASCIMENTO DD/MM/AAAA	GRAU DE ESCOLARIDADE	PROFISSÃO FUNÇÃO	RENDA BRUTA
<b>TOTAL DA RENDA BRUTA FAMILIAR</b>					

10. MEMBROS DA FAMÍLIA QUE USAM TRANSPORTE ESCOLAR	
NOME COMPLETO	VALOR MENSAL
<b>TOTAL DO TRANSPORTE ESCOLAR</b>	

11. O CANDIDATO POSSUI DEFICIÊNCIA?		
DEFICIÊNCIA FÍSICA	DEFICIÊNCIA MENTAL	DEFICIÊNCIA SENSORIAL

12. ALGUMA PESSOA DO GRUPO FAMILIAR POSSUI DOENÇA CRÔNICA? (SOMENTE AS QUE IMPOSSIBILITEM PARA O TRABALHO OU QUE O TRATAMENTO GERE CUSTOS NÃO COBERTOS PELO SUS)	
QUAL A DOENÇA?	
CUSTO MENSAL	

13. MOTIVOS PELOS QUAIS SOLICITA A BOLSA

DECLARO SOB AS PENAS DA LEI A EXATIDÃO DOS DADOS INFORMADOS.

LOCAL E DATA

ASSINATURA