



CAMPANHA NACIONAL DE ESCOLAS DA COMUNIDADE

FICHA SOCIOECONÔMICA

SOLICITAÇÃO DE BOLSA

1. DADOS PRELIMINARES					
UNIDADE	FACULDADE CENECISTA NOSSA SENHORA DOS ANJOS			CNPJ: 33.621.384	0019-48
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)			
2010/02				X	

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 _____ %

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

10. MEMBROS DA FAMÍLIA QUE USAM TRANSPORTE ESCOLAR	
NOME COMPLETO	VALOR MENSAL
TOTAL DO TRANSPORTE ESCOLAR	

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