

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.

I. 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

II. 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: _____

III. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

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

Outros Imóveis: [] Sim [] Não

IV. 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: _____

V. 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: _____

VI. JUSTIFICATIVA

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

VII. 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.