

I – Dados do Aluno:

Nome: _____ Idade: _____ anos

Série / Ano: _____

Reside com: () Pais () Familiares () Outros (especificar) _____

Residência: () Própria () Cedida () Alugada () Financiada

Teve Bolsa / desconto no semestre anterior? () Sim () Não Percentual Recebido: _____

II – Dados Pessoais do Responsável:

Nome Completo: _____

CPF: _____ RG: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

E-mail: _____ Fone: _____

Trabalha: () Sim () Não Cargo ou Função: _____

Local de Trabalho: _____

II - Composição Familiar (Familiar que reside com o aluno)

NOME	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	IDADE	ESCOLARIDADE	* OCUPAÇÃO	RENDAMENSAL

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

IMPORTANTE: Todas estas situações deverão ser comprovadas com documentos

Existe algum membro da família que estuda em escola particular? () Sim () Não Quantos? _____

Existe algum familiar com doença crônica grave? () Sim () Não Qual? _____

III. RELAÇÃO DE DESPESAS FIXAS MENSAIS

Aluguel/Financiamento: R\$ _____ Alimentação: R\$ _____ Água/Luz: R\$ _____
Telefone/NET: R\$ _____ Plano de Saúde: _____ Medicamentos: R\$ _____
Cartão de Crédito: R\$ _____ Seguro de Carro: R\$ _____ Prestação do Carro: R\$ _____
Transporte: R\$ _____ Outras Escolas: R\$ _____ Outros imóveis Praia/Campo: _____
Outros Gastos: _____

IV. JUSTIFICATIVA

V. DA PROTEÇÃO DE DADOS – CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO

- 1- Todas as pessoas físicas identificadas no presente termo, como por exemplo: aluno, seu representante legal e os componentes do grupo familiar (pai; padrasto; mãe; madrasta; cônjuge; companheiro (a); filho (a); enteado (a); irmão (ã); avô (ó), etc..), fiadores e testemunhas, se houver, neste ato, declaram terem ciência e desde já autorizam à **UNIÃO SOCIAL CAMILIANA – CENTRO EDUCACIONAL SÃO CAMILO** a realizar o tratamento de seus dados pessoais e/ou de seus dependentes menores constantes dos documentos apresentados e dados informados em razão do presente termo e ficha de inscrição, inclusive dados sensíveis, financeiros, de crianças e adolescentes e demais protegidos por sigilo, assim considerado toda operação realizada com dados pessoais, como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.
- 2- O tratamento dos dados e coleta das informações no presente termo e ficha, tem como finalidade sua utilização e arquivo pela própria **UNIÃO SOCIAL CAMILIANA – CENTRO EDUCACIONAL SÃO CAMILO** e/ ou para serem utilizado no atendimento e preenchimento de exigências legais, inclusive com transmissão e envio a órgãos de fiscalização e/ou governamentais, demais pessoas jurídicas ou físicas parceiras, etc.).
- 3- Os dados e as informações serão utilizados pela **UNIÃO SOCIAL CAMILIANA – CENTRO EDUCACIONAL SÃO CAMILO** para seus cadastros internos, para identificação completa das referidas pessoas físicas, para contato, controles financeiros e demais procedimentos internos, inclusive de natureza acadêmica e assistência social, bem como para atendimento das demais determinações governamentais.
- 4- A pessoa física titular dos dados, a qualquer momento, poderá acessar seus dados e mantê-los atualizados junto à **UNIÃO SOCIAL CAMILIANA – CENTRO EDUCACIONAL SÃO CAMILO**, mediante protocolo.
- 5- Os dados serão tratados pela **UNIÃO SOCIAL CAMILIANA – CENTRO EDUCACIONAL SÃO CAMILO** com toda a segurança e, posteriormente, passado o período da contratação, serão arquivados pela quantidade de anos determinada pelas autoridades governamentais e, após, eliminados por meio de picotamento.
- 6- Todas as pessoas físicas identificadas no presente termo e ficha de inscrição, que opuserem sua assinatura no presente termo, autorizam o tratamento de seus dados e/ou de seus dependentes menores e/ou incapazes na forma prevista neste termo.

7- Declaro para efeitos legais que as informações ora fornecidas correspondem à expressão da verdade.

Local: _____, data: ____/____/____

Assinatura do (a) Responsável pelo aluno (a) _____

Nome legível e assinatura de todos dos componentes do grupo familiar, inclusive de menores e/ou incapazes, que nesse caso deverá ter na frente de seu nome, o nome e a assinatura de seu representante legal:

Nome: _____ assinatura: _____

Nome: _____ assinatura: _____

Nome: _____ assinatura: _____

Nome: _____ assinatura: _____

Nome: _____ assinatura: _____

Nome: _____ assinatura: _____

Nome: _____ assinatura: _____

VI. PARA USO INTERNO DA COMISSÃO DE BOLSA DE ESTUDOS

1. Parecer do Serviço Social:

() Atende aos critérios da Bolsa Assistencial de ____%.

() Não atende aos critérios da Bolsa Assistencial.

2. Parecer da Comissão:

Gratuidade concedida: ____%.

Desconto Financeiro: ____%.