

RENOVAÇÃO DE BOLSA DE ESTUDOS ASSISTENCIAL

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

I. IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome: _____

Curso: _____ Matrícula: _____ Período (se aluno da IES): _____

Endereço: _____ Nº: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefone residência: _____ Celular: _____ Recado: _____

E-mail: _____

Estudou Ensino Médio em: ☐ Escola Pública ☐ Privada Bolsista? ☐ Sim ☐ Não %: _____

Portador de Deficiência: ☐ Sim ☐ Não Cotista: ☐ Sim ☐ Não

Possui Curso Superior: ☐ Sim ☐ Não Matriculado (a) em alguma instituição? ☐ Sim ☐ Não

Possui algum benefício: ☐ Desconto _____% ☐ Estágio ☐ Outro. Citar: _____

II. COMPOSIÇÃO FAMILIAR (todas as pessoas que moram na casa, inclusive o aluno)

Nome	Grau de Parentesco	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Ocupação *	Renda

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

III. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Família Possui: Carro: ☐ Sim ☐ Não Modelo: _____ Ano: _____ Moto: ☐ Sim ☐ Não

Moradia: Própria: ☐ Sim ☐ Não ☐ Financiada ☐ Quitada ☐ Cedida ☐ Alugada

Outros Imóveis: ☐ Sim. Quantos: _____ ☐ Não Outra fonte renda: ☐ Sim ☐ Não Qual: _____

Transporte do aluno: ☐ Coletivo ☐ Prefeitura ☐ Carro próprio ☐ Moto Modelo: _____ Ano: _____

Custeio da Faculdade (Se já estiver estudando): ☐ Próprio ☐ Pais ☐ Irmãos ☐ Parentes ☐ Patrão

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: R\$ _____ Alimentação: R\$ _____ Água/Luz: R\$ _____

IPTU: R\$ _____ Telefone/NET: R\$ _____ Plano de Saúde: R\$ _____

Cartão de Crédito: R\$ _____ Seguro de Carro: R\$ _____ Prestação do Carro: R\$ _____

Transporte: R\$ _____ Outras Escolas: R\$ _____ Outros imóveis: _____

Outros Gastos: _____

VI. RENDA FAMILIAR (demonstrativo de receitas da família, incluindo o aluno).

- Renda Bruta Mensal (somar a renda de todos os membros do grupo Familiar).R\$ _____

- Bens que fornecem Renda..... R\$ _____

TOTAL: R\$ _____ RENDA PER CAPTA: _____

Informações que julgar necessárias:

VII. 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 UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO ESPÍRITO SANTO** a realizar o tratamento de seus dados pessoais e/ou de seus dependentes menores e/ou incapazes 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 UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO ESPÍRITO SANTO** 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 UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO ESPÍRITO SANTO** 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 UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO ESPÍRITO SANTO**, mediante protocolo.
- 5- Os dados serão tratados pela **UNIÃO SOCIAL CAMILIANA – CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO ESPÍRITO SANTO** 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 Aluno / Responsável (se menor)

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: _____

VIII. PARA USO INTERNO DA COMISSÃO

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: ____%.