



Todas informações prestadas nesta ficha deverão ser comprovadas posteriormente. Na eventualidade de ocorrerem informações divergentes, seu pedido será excluído do processo.

A inveracidade das informações prestadas nesta Ficha de Inscrição, quando constatada, a qualquer tempo, implicará o cancelamento do benefício porventura concedido.

Este formulário de inscrição, quando específico ao processo de Bolsa Carência tem validade por 01 (um) ano, sendo que a concessão, se atendidos os critérios de seleção, será, também, por 01 (um) ano.

INFORMAÇÕES PESSOAIS DO CANDIDATO

IDENTIFICAÇÃO
Código: _____ Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____. CPF: _____
Carteira de Identidade: Nº: _____ Órgão Emissor: _____ U.F.: _____
Estado Civil: Solteiro Casado Outro: Especificar: _____ Sexo: Masculino Feminino

INFORMAÇÕES ACADÊMICAS
Regime: Regular Férias Curso: _____ Cód. do Curso: _____
Ingresso: ____/____/____. Mód./Semestres a cumprir: _____ Mód./Semestres já cursados: _____
Créditos matriculados neste mód./semestre: _____ Houve reprovações (discip./sem/anterior): Sim Não

RESIDÊNCIA/MORADIA FAMILIAR
Há quanto tempo reside em Venâncio Aires? _____
(Comprovar documentalmente que reside, no mínimo, há 03 anos)
Reside com o grupo familiar Sim Não
Endereço: Rua: _____ Nº: _____ Apto.: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____ UF: _____
Telefone Próprio (DDD/Número): _____ Telefone Recado (DDD/Número): _____
 Em casa Apartamento: () Próprio () Alugado () da Família () Cedido Em pensão Outro: _____
Se o aluno residir em outro endereço no período de aulas preencher abaixo:
Endereço: Rua: _____ Nº: _____ Apto.: _____
 Em casa Apartamento: () Próprio () Alugado () da Família Em pensão Outro: _____
Já residiu em outro endereço: Não Sim Onde? Endereço: _____
Cidade: _____ No período de _____ a _____.

LOCOMOÇÃO À UNIVERSIDADE
Distância em KM: _____
Meio de Locomoção: A pé Carona Coletivo Urbano Veículo Particular Ônibus de Linha
 Ônibus de Lotação Colocação ônibus Prefeituras Lotação de Associação de Estudantes
 Outro: Especificar: _____ Gasto Mensal: ____/____/____

INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS
Empresa onde trabalha: _____ Renda bruta mensal: [] [] []
Endereço completo: _____
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____
Data da Admissão: ____/____/____. Profissão: _____

INFORMAÇÕES DO GRUPO FAMILIAR (neste campo não deverá ser informado o candidato)

(Grupo de pessoas relacionadas até o 3º grau de parentesco civil, cosangüíneo ou por afinidade, em linha reta ou colateral, que contribuam para a renda familiar ou usufruam dela, na condição de dependentes do responsável pelo grupo perante a Secretaria da Receita Federal)

1. Nome Completo: _____ Idade: _____
Parentesco: _____ Escolaridade: _____ Principal ocupação: _____
Empresa onde trabalha: _____ Renda bruta mensal: [] [] []

2. Nome Completo: _____ Idade: _____
Parentesco: _____ Escolaridade: _____ Principal ocupação: _____
Empresa onde trabalha: _____ Renda bruta mensal: [] [] []

3. Nome Completo: _____ Idade: _____
Parentesco: _____ Escolaridade: _____ Principal ocupação: _____
Empresa onde trabalha: _____ Renda bruta mensal: [] [] []

4. Nome Completo: _____ Idade: _____

Parentesco: _____ Escolaridade: _____ Principal ocupação: _____

Empresa onde trabalha: _____ Renda bruta mensal: [] [] []

5. Nome Completo: _____ Idade: _____

Parentesco: _____ Escolaridade: _____ Principal ocupação: _____

Empresa onde trabalha: _____ Renda bruta mensal: [] [] []

6. Nome Completo: _____ Idade: _____

Parentesco: _____ Escolaridade: _____ Principal ocupação: _____

Empresa onde trabalha: _____ Renda bruta mensal: [] [] []

7. Nome Completo: _____ Idade: _____

Parentesco: _____ Escolaridade: _____ Principal ocupação: _____

Empresa onde trabalha: _____ Renda bruta mensal: [] [] []

Havendo mais componentes do grupo familiar, utilizar outra ficha para complementar os dados e anexar a esta.

O CANDIDATO JÁ POSSUI CURSO SUPERIOR Sim Não

TOTAL DE COMPONENTES DO GRUPO FAMILIAR (incluindo o candidato): _____

RENDA BRUTA MENSAL FAMILIAR (incluindo o candidato): R\$ [] [] []

O CANDIDATO POSSUI ALGUM TIPO DE AUXÍLIO FINANCEIRO Sim Não

Auxílio proveniente de Empresa R\$ [] [] [] Outro (Familiar/amigo) R\$ [] [] []

POSSUI OUTRO COMPONENTE DO GRUPO FAMILIAR EM COLÉGIOS/UNIVERSIDADES PARTICULARES Sim Não R\$ [] [] []
Quem? _____ (Comprovar)

TOTAL DE GASTOS COM TRANSPORTE ESCOLAR DO GRUPO FAMILIAR: R\$ [] [] []

(Somatório das despesas do aluno e demais componentes do grupo familiar)

ALUGUEL/FINANCIAMENTO DE MORADIA: Próprio Aluguel Financiado R\$ [] [] []

Há despesa com doença crônica ou de tratamento contínuo no grupo familiar? Sim Não: Qual doença? _____

Com quem? _____ (Comprovar) Gasto Mensal: R\$ [] [] []

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA SITUAÇÃO PATRIMONIAL - Relação de Bens: (1) Próprios (2) Familiares

Bens Móveis, Equipamentos, Semoventes

1	2	Qtde.	
			Telefone nº(s): _____
			Microcomputador: Tipo/Modelo/Ano: _____
			Automóvel: Modelo/Ano/Placa _____
			Moto: Modelo/Ano/Placa _____
			Caminhão: Modelo/Ano/Placa _____
			Trator: Modelo/Ano _____
			Colheitadeira: Modelo/Ano _____
			Outros Equipamentos: Ano _____
			Bovinos; _____ Suínos; _____ Aves; _____ Outros: _____
			Outros: _____

Imóveis (terras, terrenos, casas, aptos, fábricas, lojas, escritórios...):

1	2	Tipo/nº, características/m², Localização, Utilização:

DECLARAÇÃO

Declaro, sob as penas do art. 299 do Código Penal Brasileiro, que as informações fornecidas são fiéis e verdadeiras, não havendo omissões ou dados que possam induzir a equívocos de julgamento e ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE pelo conteúdo desta inscrição. Estou ciente que, se selecionado no benefício, devo apresentar a documentação que comprova a veracidade das informações prestadas a qualquer momento, de acordo com solicitação da Comissão de avaliação, seleção e acompanhamento. Estou ciente, também, que as informações prestadas podem ser averiguadas *in loco* pela Comissão.

_____, _____ de _____ de _____. _____
Assinatura do Candidato