CENTRO EDUCACIONAL SÃOCAMILO

RENOVAÇÃO DE BOLSA DE ESTUDOS

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	RENDA MENSAL

* 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: _____%.