CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃOCAMILO

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: ___ [] NãoOutra 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$ _____

T O T A L: 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: _____%.