

<b>REQUERIMENTO DE DESCONTO CONVÊNIO ou PARCERIA</b>		
<b>1. DADOS DO ESTUDANTE</b>		
Nome completo: _____		
RA: _____	<input type="checkbox"/> Graduação	<input type="checkbox"/> Pós- Graduação Lato Sensu
Curso: _____		
Modalidade: <input type="checkbox"/> Presencial. [ <input type="checkbox"/> Matutino [ <input type="checkbox"/> Noturno <input type="checkbox"/> EaD <input type="checkbox"/> Híbrido		
<i>Campus/Polo:</i> _____		
Grau de relacionamento: <input type="checkbox"/> Estagiário(a) <input type="checkbox"/> Funcionário(a) <input type="checkbox"/> Menor Aprendiz		
Dependente do funcionário(a): <input type="checkbox"/> Filho(a) até 25 anos <input type="checkbox"/> Cônjuge		
Declaro estar ciente de que: - É vetado o acúmulo de desconto, bolsa e/ou financiamento, exceto as bolsas de pesquisas (BIC, BID, BIT SAL). - O desconto convênio e/ou parceria é inserido nas mensalidades vincendas e com vigência até a data do vencimento. - A renovação do desconto realiza-se antes do início de cada ano letivo mediante o preenchimento do Requerimento de Desconto Convênio ou Parceria que deverá ser apresentado no setor de Serviço Social do <i>Campus/Polo</i> em que estudo.		
_____	_____/_____/_____	_____
Responsável Legal	Data	Assinatura do Estudante
<b>2. DADOS DA CONVENIADA</b>		
<input type="checkbox"/> Usufruto do desconto convênio em razão de possuir contrato direto com UNISAL.		
<input type="checkbox"/> Usufruto do desconto convênio em razão de possuir parceria com Associação/Cooperativa/Sindicato que é conveniado ao UNISAL.		
Razão Social: _____		
Nome Fantasia: _____		
CNPJ: _____		
Nome do colaborador do Recursos Humanos: _____		
Fone RH: _____ e-mail: _____		
Nome completo do colaborador(a) beneficiado(a) com o desconto convênio ou parceria: _____		
_____		
_____	_____/_____/_____	_____
Assinatura do Responsável		carimbo
<b>3. PREENCHIMENTO ASSOCIAÇÃO ou COOPERATIVA ou SINDICATO</b>		
Declaramos ao UNISAL que a pessoa física/jurídica citada acima faz parte do quadro da(o):		
<input type="checkbox"/> Associação ou Cooperativa. Especificar o nome ou sigla: _____		
<input type="checkbox"/> Sindicato. Especificar o nome ou sigla: _____		
Fone: _____ e-mail: _____		
_____		
_____	_____/_____/_____	_____
Assinatura do Responsável		carimbo
<b>4. PREENCHIMENTO DO UNISAL</b>		
Recebido em: ____/____/_____ às _____.	Validado no sistema em: ____/____/_____	
_____ Serviço Social <sup>1</sup>	Vigência: _____	
Alterações: _____		
_____	_____/_____/_____	_____
Data		Serviço Social

<sup>1</sup> O Serviço Social mantém o sigilo profissional conforme rege a Lei nº 8.662/1993 de regulamentação profissional, do Código de Ética do Assistente Social aprovado em 13 de março de 1993 e com alterações inseridas pelas Resoluções CFESS nº 290/1994, 293/1994, 333/1996 e 594/2011. Ademais, pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais nº 13.709/2018.