

BOLSA DOIS OU MAIS ESTUDANTES DA MESMA RESIDÊNCIA (IRMÃOS/ PAIS/CÔNJUGES)

PARA USO DA ESCOLA

ANO **2019**

Cancelamento em: ____/____/____ Causa : _____
Transferência em: ____/____/____ () Interna: _____ () Externa : _____

1. DADOS PESSOAIS E CURRICULARES: *(preencher todos os campos, se não tiver nada a declarar passar um traço)*

ESTUDANTE: _____ R.A : _____

NOME SOCIAL do Estudante (conforme Resolução nº 12, 16/01/2015-MEC): _____

CURSO: _____ SEMESTRE: _____ PERÍODO: _____

ESTUDANTE: _____ R.A : _____

NOME SOCIAL do Estudante (conforme Resolução nº 12, 16/01/2015-MEC): _____

CURSO: _____ SEMESTRE: _____ PERÍODO: _____

ESTUDANTE: _____ R.A : _____

NOME SOCIAL do Estudante (conforme Resolução nº 12, 16/01/2015-MEC): _____

CURSO: _____ SEMESTRE: _____ PERÍODO: _____

ESTUDANTE: _____ R.A : _____

NOME SOCIAL do Estudante (conforme Resolução nº 12, 16/01/2015-MEC): _____

CURSO: _____ SEMESTRE: _____ PERÍODO: _____

ESTUDANTE: _____ R.A : _____

NOME SOCIAL do Estudante (conforme Resolução nº 12, 16/01/2015-MEC): _____

CURSO: _____ SEMESTRE: _____ PERÍODO: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL DOS ESTUDANTES:

Endereço: _____ N°: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP : _____ Est : _____ Fone Fixo: (____) _____

Celular: (____) _____ Ponto de referência: _____

Obs: Estudantes (dois irmãos/ pais e filhos/ cônjuges) residentes no mesmo endereço, com renda compartilhada e que estudam no UNISAL/FSDB, após preencher este formulário o caso será analisado para bolsa de 10% para cada estudante. **Esclarecemos que é vedado pelo UNISA/FSDBP acúmulo de bolsas, descontos e financiamentos, exceto as Bolsas: BIC SAL/BEXT SAL/ BID SAL e Monitoria que são aplicadas sobre o valor líquido da mensalidade.**

2. COMPOSIÇÃO FAMILIAR: (todas as pessoas que moram na residência, inclusive os estudantes).

NOME	PARENTESCO	IDADE	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO/ ocupação atual	RENDA R\$	
						BRUTA	LÍQUIDA
	<i>estudante</i>						
Renda per capita bruta=					Total Bruta R\$		
Renda per capita líquida=					Total Líquida R\$		

Declaro que as informações prestadas ao presente formulário expressam a verdade.

____/____/____

Nome por extenso

PARA USO INTERNO DO SERVIÇO SOCIAL

Serviço Social: _____

____/____/____

Diretoria Financeira: _____

Desconto de _____ %

____/____/____

DATA

DIRETOR FINANCEIRO