

SERVIÇO SOCIAL¹

DESCONTO DOIS OU MAIS ESTUDANTES DO MESMO NÚCLEO FAMILIAR (CÔNJUGES/ IRMÃOS/ PAIS)

PARA USO DA INSTITUIÇÃO	ANO <u>2022</u>
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: _____
MODALIDADE: () Presencial. [] Matutino [] Noturno () EaD () EaD-Híbrido CAMPUS/POLO: _____
ESTUDANTE: _____ R.A : _____
NOME SOCIAL do Estudante (conforme Resolução nº 12, 16/01/2015-MEC): _____
CURSO: _____ SEMESTRE: _____
MODALIDADE: () Presencial. [] Matutino [] Noturno () EaD () EaD-Híbrido CAMPUS/POLO: _____
ESTUDANTE: _____ R.A : _____
NOME SOCIAL do Estudante (conforme Resolução nº 12, 16/01/2015-MEC): _____
CURSO: _____ SEMESTRE: _____
MODALIDADE: () Presencial. [] Matutino [] Noturno () EaD () EaD-Híbrido CAMPUS/POLO: _____
ESTUDANTE: _____ R.A : _____
NOME SOCIAL do Estudante (conforme Resolução nº 12, 16/01/2015-MEC): _____
CURSO: _____ SEMESTRE: _____
MODALIDADE: () Presencial. [] Matutino [] Noturno () EaD () EaD-Híbrido CAMPUS/POLO: _____
ESTUDANTE: _____ R.A : _____
NOME SOCIAL do Estudante (conforme Resolução nº 12, 16/01/2015-MEC): _____
CURSO: _____ SEMESTRE: _____
MODALIDADE: () Presencial. [] Matutino [] Noturno () EaD () EaD-Híbrido CAMPUS/POLO: _____
ENDEREÇO RESIDENCIAL DOS ESTUDANTES:
Rua: _____ N°: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ CEP : _____ UF : _____ Fone Fixo: (____) _____
Celular: (____) _____ Ponto de referência: _____

Obs: Estudantes (cônjuges/irmãos/pais e filhos) residentes no mesmo endereço, com renda compartilhada e que estudam no UNISAL, após preencher este formulário poderá usufruir de 10% de desconto cada estudante. **É vedado pelo UNISAL acúmulo de bolsas, descontos e financiamentos, exceto as Bolsas de Pesquisas (BEXT/BIC/BID/BIT SAL) e Monitoria que são aplicadas sobre o valor líquido da mensalidade.**

¹ 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.

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