

REQUERIMENTO PARA A CONCESSÃO DE BOLSAS/BENEFÍCIOS EDUCACIONAIS DA FACULDADE
BAGOZZI

Nome:.....Telefones:.....
Curso:.....Período:.....
Data Entrevista:...../...../.....Horário:.....E-mail:.....

IMPORTANTE:

- * **O acadêmico deve apresentar documentação de todos os membros do grupo familiar.**
- * **Não serão recebidos processos incompletos.**
- * **A documentação exigida deverá ser apresentada de acordo com seqüência.**
- * **No momento da entrevista, o candidato deverá portar a documentação original para devida conferência.**

1-Documentos de Identificação

1.1 Fotocópia da Carteira de Identidade e CPF ()

2- Renda Bruta Familiar

2.1 Declaração de imposto de renda pessoa física estabelecida pela legislação do Imposto de Renda ou em caso de isento trazer Declaração de Isento ()

2.2 Se assalariado, **três últimos contracheques** ()

2.3 Carteira de trabalho atualizada, (cópia da identificação (foto), contrato de trabalho e página seguinte ()

2.4 Se estagiário, termo de compromisso de estágio ()

2.5 Se aposentado ou pensionista, comprovante de recebimento de aposentadoria ou de pensão ()

2.6 Se desempregado ou autônomo, declaração de próprio punho sobre a situação ()

3- Situação Habitacional

3.1 Comprovante das condições de moradia: financiada, locada ou própria. **Se financiada**, as últimas prestações pagas. **Se locada**, os três últimos comprovantes de pagamento. **Se própria**, cópia do registrado de imóveis. **Se cedida**, declaração do proprietário da casa informando a situação. ()

4. Situação Saúde

4.1 **Atestado Médico** constando CID (Código Internacional de Doenças), e/ou declaração legal com a data e assinatura do médico responsável, para doença crônica, caso exista, no grupo familiar ()

5. Despesa com Educação

5.1 **Comprovante de mensalidade** de outro membro do grupo familiar em instituição de ensino particular, se for o caso ()

Conforme minha identificação acima, venho requerer a V.S^a minha inscrição ao Programa de Concessão de Bolsas/Benefício Educacionais na seguinte modalidade :

Bolsa convenção Coletiva	()	Grupo Educacional Bagozzi	()
Bolsa Gratuidade ou Filantropia	()	Bolsa Monitoria	()
Bolsa Convênio Empresarial	()		

I – O que abaixo assina e identifica-se, vem a presença de V.S., para requerer o benefício de **Assistência Social** na forma da Lei 8.742 de 07/12/1993, mediante um **desconto na forma de filantropia** e dentro dos critérios de avaliação da renda familiar, nas parcelas das mensalidades educacionais, ano letivo de 2006.

II – Desde já declara conscientemente e sob as penas da lei, que as informações a seguir correspondem como verdadeiras e exatas.

1-QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Nome Completo:.....
 Data Nasc:...../...../..... RG:.....CPF:.....
 Endereço Residencial:.....Bairro:.....
 Cep:.....Cidade/Estado:.....Fone:.....
 E-mail:.....
 Curso:.....Período:.....
 Empresa:.....
 Registrado(a) () Autônomo(a) ()
 Cargo/Função:.....
 Endereço:.....Bairro:.....
 Cep:.....Fone:.....
 E-mail:.....

2 - Composição Familiar

Nome	Idade	Grau de Parentesco	Profissão	Renda
				R\$
				R\$
				R\$
				R\$
				R\$
				R\$
				R\$
				R\$
TOTAL DA RENDA FAMILIAR:	R\$			

3- Despesa Familiar

Aluguel / Prestação	R\$
Condomínio	R\$
Plano de Saúde	R\$
Água	R\$
Luz	R\$
Gás	R\$
Telefone	R\$
Alimentação	R\$
Educação	R\$
Transporte	R\$
IPTU	R\$
Financiamento do carro	R\$
Outros	R\$
TOTAL DAS DESPESAS:	R\$

4- Situação Habitacional

Residência: () própria () financiada () alugada () cedida () outros _____

Valor de Aluguel:..... Financiamento:.....

Tipo de casa: () alvenaria () madeira () mista () número de cômodos:.....

Possui Bens (carro, casa na praia, sítio, locação de imóvel próprio, etc.)?

.....

.....

5- Situação de Saúde

Declara sofrer de alguma doença crônica? () Sim () Não

Qual ou quais?

Obs:

.....

.....

.....

6- Despesas com Educação

Escola Particular ()	Ensino Superior ()
Instituição:.....	Instituição:.....
Beneficiado:.....	Beneficiado:.....
Valor da Mensalidade:	Valor da Mensalidade:
Instituição:.....	Instituição:.....
Beneficiado:.....	Beneficiado:.....
Valor da Mensalidade:	Valor da Mensalidade:
Instituição:.....	Instituição:.....
Beneficiado:.....	Beneficiado:.....
Valor	Valor

