

Foto 3x4
(recente)



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE BOLSA DE ESTUDO

DATA / /

1. INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome completo (não abreviar)

Sexo	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	Documento militar (entre 18 e 45 anos - sexo masculino)	
Título de eleitor		Zona	Seção
RG nº.		CPF nº.	
Data de nascimento	/ /	Local	Estado
Endereço			
Nº.	Complemento	Bairro	
Cidade	Estado	Cep	
Telefone fixo	()	Celular	()
E-mail			
Usando a categoria do IBGE, sua cor ou raça é:			
<input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> preta <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> amarela <input type="checkbox"/> indígena			
Você é portador de alguma doença física: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim. Qual?			
2. SITUAÇÃO FAMILIAR E DOMICILIAR			
Estado civil:			
<input type="checkbox"/> solteiro(a) <input type="checkbox"/> casado(a) / vive com companheiro(a) <input type="checkbox"/> separado(a) / divorciado(a) <input type="checkbox"/> viúvo(a)			
Você mora em imóvel: <input type="checkbox"/> próprio <input type="checkbox"/> alugado			
Você tem dependentes: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim. Quantos?			
Qual a posição que você ocupa no domicílio onde mora?			
<input type="checkbox"/> Esposa / companheira / mãe			
<input type="checkbox"/> Esposo / companheiro / pai			
<input type="checkbox"/> Filho(a)			
<input type="checkbox"/> Outra. Qual?			
Você é o/a principal responsável pelo domicílio em que reside?			
<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim			
Quantas pessoas, inclusive você, residem em seu domicílio?			
Quantas pessoas, inclusive você, residentes no domicílio, exercem atividade remunerada?			
Informe sua renda pessoal: R\$			
Informe a renda total do grupo familiar residente no seu domicílio, incluindo a sua: R\$			

Informações sobre os componentes do grupo familiar que residem no mesmo domicílio:				
	Nome	Parentesco	Idade	Profissão
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Há algum membro do seu grupo familiar que possui doença crônica grave? não sim.
Se sim, informe o nome do parente e a doença respectiva.

Informe as principais despesas mensais do grupo familiar residente no seu domicílio:

Aluguel / prestação da casa própria / condomínio	R\$
Água, luz e outros gastos com serviços básicos	R\$
Despesas com saúde e medicamentos	R\$
	R\$
	R\$
	R\$
	R\$

3. TRAJETÓRIA ESCOLAR

Cursou ou cursa o Ensino Fundamental (1ª a 8ª série) em escola:
 pública privada parte em escola pública e parte em escola privada

No período:
 matutino vespertino noturno

Cursou ou cursa o Ensino Médio em escola:
 pública privada parte em escola pública e parte em escola privada

No período:
 matutino vespertino noturno

4. CURSO DE INTERESSE

Nome do curso			Data de início	/	/	Data de término	/	/

Dias da semana
 2ª feira 3ª feira 4ª feira 5ª feira 6ª feira sábado 2ª à 6ª feira

Período
 manhã tarde noite

Declaro para qualquer efeito que não estou participando de nenhum outro processo de concessão de bolsas de estudo em outra unidade da Rede Senac São Paulo, que me responsabilizo por todas as informações contidas neste documento e que tenho conhecimento e concordo com as condições do Regulamento para Concessão de Bolsa de Estudo do Senac São Paulo.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do candidato