

**INSTITUTOS SUPERIORES DE ENSINO DO CENSA**

Rua Salvador Correa, 139 . Campos dos Goytacazes . RJ
CNPJ 28.955.961/0002-50 . www.isecensa.edu.br

**FORMULÁRIO
CONCESSÃO DE BOLSAS**

☐ RENOVAÇÃO ☐ MATRÍCULA VEST ☐ TRANSFERÊNCIA

Curso:	Matrícula	Período:
--------	-----------	----------

1. DADOS PESSOAIS DO(A) CANDIDATO(A)

Nome: _____ Data Nasc.: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

CPF: _____ RG: _____ Órgão emissor: _____ Data emissão: _____

Sexo: ☐ M ☐ F

Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viúvo ☐ Outros: _____

Portador(a) de alguma doença? ☐ Não ☐ Sim Qual? _____

2. DADOS FINANCEIROS DO(A) CANDIDATO(A)

Trabalha: ☐ Sim ☐ Não Profissão: _____

Cargo/função: _____ Empresa: _____ Salário: _____

☐ Contratado: ☐ Tempo determinado Conclusão: _____

☐ Tempo indeterminado Tempo de serviço: _____

☐ Estagiário ☐ Conclusão: _____

Outras receitas: ☐ Pensão R\$ _____ ☐ Aluguéis R\$ _____ ☐ Outros R\$ _____

3. DADOS RESIDENCIAIS

Rua: _____ Nº: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

Tel: _____ Celular: _____ E-mail: _____

4. DADOS FAMILIARES**4. 1. Filiação**

Nome completo: _____

PAI CPF: _____ RG: _____ Tel: _____

Profissão: _____ Cargo/Função: _____

Empresa: _____ Salário bruto: _____ Salário líquido: _____

Outras rendas: R\$ _____ Oriunda: _____

MÃE CPF: _____ RG: _____ Tel: _____

Profissão: _____ Cargo/Função: _____

Empresa: _____ Salário bruto: _____ Salário líquido: _____

Outras rendas: R\$ _____ Oriunda: _____

4.2. Cônjuge (caso o(a) candidato(a) seja casado(a))

Nome: _____

CPF: _____ RG: _____ Tel: _____

Profissão: _____ Cargo/Função: _____

Empresa: _____ Salário bruto: _____ Salário líquido: _____

Outras rendas: R\$ _____ Oriunda: _____

4.3. Composição familiar (incluir todas as pessoas que moram na mesma casa)

Nome	Parentesco	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	Salário Bruto

Renda bruta familiar R\$ _____ N° de residentes: _____ N° de pessoas que dependem desta renda: _____

N° de pessoas que contribuem para a renda: _____ Renda per capta R\$ _____

4.4. OutrosDoença crônica: ☐ Não ☐ Sim Quem: ☐ O próprio aluno ☐ Familiares _____

Doença: _____

Possui veículos: ☐ Não ☐ Sim Quantos? _____ Marca / Ano: _____Residência: ☐ Própria ☐ Financiada R\$ _____ ☐ Alugada R\$ _____☐ Cedida Por quem? _____ ☐ Mora com parentes Quem? _____**5. DESPESAS PESSOAIS / FAMILIARES**

Moradia (aluguel ou financiamento): R\$	Cursos (inglês /outros): R\$
IPTU: R\$	Educação (escola, faculdade, pós): R\$
Condomínio: R\$	Alimentação: R\$
Água: R\$	Cartões de crédito (média) R\$
Luz: R\$	
Gás: R\$	
Telefone: R\$	
Internet: R\$	
Doméstica, babá, diarista: R\$	
Transporte (público, uber, escolar): R\$	
Combustível: R\$	
Financiamento de carro: R\$	
Financiamento de casa: R\$	
Outros financiamento: R\$	
Plano de Saúde: R\$	
Tratamento médico: R\$	
Terapias: R\$	
	DESPESA FAMILIAR R\$

SOLICITAÇÃO DE BOLSA

Motivo da solicitação

Declaro sob as penas da Lei (Art. 299 do Código Penal Brasileiro), que todas as informações acima prestadas são verdadeiras. Declaro conhecer o Regimento da Entidade e me comprometo a dar cumprimento a ele. Autorizo a apresentação da documentação fornecida aos órgãos públicos de fiscalização dispondo-me a receber a visita domiciliar da Assistente Social da Instituição para averiguação das informações prestadas, em conformidade com a Lei Complementar 187/2021.

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

Declaro estar ciente de que o tratamento de meus dados pessoais é condição essencial para a participação no processo seletivo de concessão de Bolsa de Estudo e por este termo declaro estar ciente a respeito das regras dispostas no edital sobre tratamento de dados pessoais e dou o meu consentimento para a realização do tratamento para as finalidades informadas no Edital de Bolsas de estudos CEBAS.LEI Nº 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018. "Art. 1º Esta Lei dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural". O Centro Educacional Nossa Senhora Auxiliadora se responsabiliza pela confiabilidade, sigilo e arquivamento do documento.

Campos dos Goytacazes,RJ,_____ de _____ de 20 _____

Assinatura do responsável pelo preenchimento do formulário

ATENÇÃO:

Caso o formulário não esteja devidamente preechido e/ou a documentação entregue esteja incompleta, o mesmo não será analisado.

PARECER DO SERVIÇO SOCIAL

RESULTADO DA SOLICITAÇÃO

☐ Deferido ()Bolsa CEBAS 50% (cinquenta por cento) () Bolsa CEBAS 100% (cem por cento)

☐ Desconto comercial Percentual concedido: Campos dos Goytacazes, _____ de _____ de 20 ____ .

☐ Indeferido

Assinatura do responsável