



Fundação Municipal Centro Universitário da Cidade de União da Vitória
Centro Universitário de União da Vitória
Tesouraria

REQUERIMENTO BOLSA DE ESTUDOS PARA PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS

Venho por meio deste inscrever-se no programa de bolsa do UNIUV, solicitando os benefícios da bolsa auxílio escolar para educandos portadores de necessidades especiais, prevista pela Lei nº3262/2005, para tanto, afirma sob as penas da lei que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras.

1. Informações do candidato NOME: _____ Matricula: _____
Data Nascimento: ____/____/____ Natural: _____ Nacionalidade: _____
CPF: _____ R.G. _____ sexo: fem. () Masc. ()
Nome do Pai: _____ Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____
2. Informações Acadêmicas: Curso: _____ Semestre/ano _____ Valor da mensalidade: R\$ _____



Fundação Municipal Centro Universitário da Cidade de União da Vitória
Centro Universitário de União da Vitória
Tesouraria

3. Informações sócio econômicas:			
Membros do Grupo Familiar e Renda Bruta			
Nome	Parentesco	Renda bruta mensal	Renda agregada Mensal
Condições de Moradia do Chefe do grupo familiar:			
Própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Aluguel R\$ _____			
Financiada <input type="checkbox"/> valor mensal R\$ _____			
Candidato reside com o grupo familiar: <input type="checkbox"/> SIM NÃO <input type="checkbox"/>			
O candidato concluiu todos os anos do Ensino Médio em escola da rede pública: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Há outro membro da família cursando graduação em Instituição paga:			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Há despesas com doença grave no grupo familiar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
O candidato possui graduação superior: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			

União da Vitória, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Candidato