## ANEXO

À Comissão de Seleção e Acompanhamento da Bolsa de Estudo da Fundação Gammon de Ensino - Paraguaçu Paulista – SP

## REQUERIMENTO DE BOLSA DE ESTUDO

**IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME DO ALUNO: |  | | RA: | |
| Curso: | Termo: | | Início: |  |
| Endereço (Rua/Av) | Nº | | Bairro: |  |
| Telefone: | Telefone Contato: | | Celular: |  |
| Cidade: |  | | Estado: |  |
| Nome do pai: | | CPF | RG | Profissão |
| Nome da mãe: | | CPF | RG | Profissão |
| Nome do cônjuge: | | CPF | RG | Profissão |

## INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| GRUPO FAMILIAR/RENDA (inclusive o candidato) | | | |
| Nome | Parentesco | Renda Mensal | Origem\* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| RENDA AGREGADA  Nome do Responsável: RENDA TOTAL: | | | |

**\*Trabalho, beneficio, pensão, rendimento de aluguel ou outros a especificar.**

|  |  |
| --- | --- |
| DESPESAS ESPECIAIS DO GRUPO FAMILIAR | Valor |
| Aluguel Residencial Familiar Sim ( ) Não (x ) |  |
| Membro do grupo familiar com despesa de estudo de graduação |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Há membro do grupo familiar com doença grave? Sim () Quantos - despesa  Não ( ) |  |
| Foi beneficiário de bolsa no semestre anterior? Sim ( ) %  Não ( ) | |
| Tem irmão em curso de graduação na mesma instituição  Sim ( ) Nome: RA:  Não ( ) | |

## Assinale a documentação entregue, no que couber:

* Carteira de identificação (RG) e CPF do requerente **(cópias simples)**;
* Carteira de identificação (RG) e CPF dos integrantes do grupo familiar, no caso de menor de idade a certidão de nascimento **(cópias simples)**;
* Comprovante da última conta de água, luz e telefone **(cópias simples)**;
* Comprovante de rendimentos (holerites originais) do requerente, últimos 3 meses e Declaração de Imposto de Renda exercício 2015 (cópia simples) ou Declaração de Isenção de Imposto de Renda**(original)**;
* Comprovante de rendimentos individual (holerites originais) dos integrantes do seu grupo familiar, últimos 3 meses, Declaração de Imposto de Renda de 2015 (cópia simples) ou Declaração de Isenção de Imposto de Renda **(original)**;
* Declaração de Imposto de Renda da Empresa do requerente ou de qualquer integrante do seu grupo familiar **(cópias simples)**;
* Comprovante de vínculo empregatício (Carteira de Trabalho - CTPS) do requerente e seu grupo familiar;
* Comprovante de pagamento da moradia e contrato quando financiada ou locada **(cópias simples)**;
* Atestado Médico comprobatório, caso exista, no grupo familiar, algum portador de doença

## (original);

* Outros comprovantes de despesas que o interessado julgar necessário

## (especificar) \_\_\_\_

\_

## DECLARAÇÃO E TERMO DE RESPONSABILIDADE DO REQUERIMENTO

Estou ciente de que a Bolsa, se concedida, vigorará de acordo com o Edital, devendo ser renovada a documentação anualmente, a critério da Fundação Gammon de Ensino, se atendidas às condições das Normas para Concessão de Bolsas da FUNGE novamente.

## Declaro sob pena de lei ser verdadeiras as informações constantes do presente, bem como estar ciente de que a bolsa poderá ser cancelada se constatada qualquer falsidade nos documentos ou informações contidas no presente, ou se não efetuado o pagamento de mensalidade em caso de bolsa parcial, até o prazo do vencimento de qualquer das parcelas, e principalmente se for reprovado em alguma disciplina, por falta ou em mais de uma disciplina, por nota.

Paraguaçu Paulista, \_\_\_\_\_\_de de

Assinatura do aluno Assinatura do Responsável Legal (se menor de 18 anos)

Os campos abaixo serão preenchidos pela IES no momento oportuno

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| INFORMAÇÕES DA SECRETARIA GERAL/Desempenho acadêmico  Índice de aproveitamento | | | |
| Termo: | 1º % | 2º % | 3º.........% 4º.........%5º % |
| 6º % | 7º % | 8º % | 9º.........% 10º % |

Parecer da Comissão de Avaliação:

Deferido ( ) Índice: % Membros da comissão:

Indeferido ( )

|  |
| --- |
| **Justificativa da solicitação de bolsa:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| PARECER RATIFICADOR DA MANTENEDORA: |
| ( ) Defiro  ( ) Indefiro  Paraguaçu Paulista \_/ / \_  Assinatura |