

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE CRUZ ALTA

Programa Intersectorial de Assistência Social – PIAS
Política Institucional de Assistência Educacional – PIAE
Comissão Intersectorial de Assistência Educacional – CIAE

PROBIN – EDITAL 19/2015

Ficha Socioeconômica¹

Modalidade Pós Graduação – Stricto Sensu

Informações do (a) candidato (a): Nome: _____ CPF: _____ RG: _____ Data Nascimento: _____ Curso: _____ Matriculado: () sim () não Semestre: _____ Estado Civil: () Solteiro () Casado () Separado () Viúvo () Outro (qual): _____
Endereço completo do candidato (a): Rua: _____ Nº: _____ Complemento: _____ Bairro _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Telefones: Residencial: () _____ Comercial: () _____ Celular: () _____ E-mail: _____
Possui bolsa de estudo de alguma instituição ou empresa? () sim () não Qual Instituição/Empresa: _____ Valor mensal: _____ Possui diploma de Curso Superior? () sim () não
Habitação: () própria () dos pais () alugada () financiada () cedida Tipo de imóvel: () alvenaria () madeira () mista () outro(Qual) _____ Se imóvel próprio, valor estimado do imóvel R\$: _____ Se imóvel financiado, valor do financiamento R\$: _____ Se imóvel alugado, valor do aluguel R\$: _____
Transporte: Possui veículo? () sim () não Qual: _____ Situação do veículo () próprio () alienado Valor estimado R\$ _____
Recebe auxílio financeiro de terceiros? () sim () não Valor R\$: _____
Algum membro do Grupo Familiar possui CNPJ ativo? () sim () não Qual (ais) _____

¹ As informações prestadas são de inteira responsabilidade do candidato, devendo ser informações autênticas baseadas em documentação a ser apresentada no prazo estabelecido em edital. A omissão ou o envio de informações incorretas poderá ocasionar o indeferimento da inscrição do candidato conforme estabelecido no Regulamento da Política Institucional de Assistência Educacional – PIAE.

Número de pessoas do Grupo Familiar que estudam em Instituições de Ensino Superior: _____					
Informações do Grupo Familiar:					
Aluno/Candidato	Idade	Escolaridade		Ocupação/Trabalho	Renda Mensal R\$
Demais Integrantes do Grupo Familiar	Idade	Escola- ridade	Parentesco	Ocupação/Trabalho	Renda Mensal R\$
Total de Componentes do Grupo Familiar: _____	Total da Renda Familiar R\$ _____		Renda Per Capita R\$ _____		
Doenças crônicas no grupo familiar: () sim () não Qual Doença: _____					
Há despesa com doença crônica (gastos contínuos) no Grupo Familiar? () sim () não					
Valor R\$: _____					
Deficiência no grupo familiar: () Cegueira () Mudez () Surdez () Mental () Física					
Outra (qual): _____ Gastos contínuos? () sim () não					

Declaro que as informações apresentadas neste Formulário são verdadeiras e estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de informações falsas e/ou divergentes implicam na exclusão do processo de seleção.

Cruz Alta, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do Candidato

RECORTAR A PARTE PICOTADA ANTES DE ENTREGAR A DOCUMENTAÇÃO NA SECRETARIA ACADEMICA.

Fundação Universidade de Cruz Alta
Protocolo de recebimento

Acadêmico: _____

Recebido por: _____

Data de Recebimento: ____/____/2015. Nº do Protocolo _____