

# 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 22/2015**

### **Ficha Socioeconômica<sup>1</sup>**

#### **Modalidade Pós Graduação – Lato Sensu**

**Curso:** \_\_\_\_\_

<b>Informações do (a) candidato (a):</b> Nome: _____ CPF: _____ RG: _____ Data Nascimento: _____ Curso: _____ Matriculado: ( ) sim ( ) não Semestre: _____ Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Separado ( ) Viúvo ( ) Outro (qual): _____
<b>Endereço completo do candidato (a):</b> Rua: _____ N°: _____ 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) _____

<sup>1</sup> 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: _____					
<b>Informações do Grupo Familiar:</b>					
<b>Aluno/Candidato</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>		<b>Ocupação/Trabalho</b>	<b>Renda Mensal R\$</b>
<b>Demais Integrantes do Grupo Familiar</b>	<b>Idade</b>	<b>Escola- ridade</b>	<b>Paren- tesco</b>	<b>Ocupação/Trabalho</b>	<b>Renda Mensal R\$</b>
<b>Total de Componentes do Grupo Familiar: _____</b>	<b>Total da Renda Familiar R\$ _____</b>		<b>Renda Per Capita R\$ _____</b>		
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 \_\_\_\_\_