Número da inscrição (preenchido pelo COTUCA): \_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **1 – Identificação** |
| Nome  |
| RA |
| Sexo |
| Curso |
| Cidade de Nascimento Data de Nascimento  |
| RG: CPF:  |
| Endereço do Grupo Familiar: |
|  |
|  |
| Telefone Residencial: Celular: |
| Telefone Recado: |
| e-mail: |
| **2 – Informações do Solicitante** |
| Você possui diploma de curso Técnico ou Médio? |
|  |
| Você trabalha ou recebe algum tipo de rendimento? |
|  |
| Você recebe algum outro tipo de Bolsa? Se afirmativo, qual? |
|  |
| Você recebeu algum tipo de Auxílio do COTUCA em 2019? Se sim, qual? |
|  |
| Indique o número de pessoas que compõe GRUPO FAMILIAR ao que você pertence, incluindo você. |

**Relacione as pessoas que compõe o seu grupo familiar e complete o quadro abaixo:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Idade** | **Parentesco** | **Escolaridade** | **Profissão** | **Ganho bruto/ mensal** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Seu grupo familiar, incluindo você, recebe outra ajuda remunerada de pessoa física e ou/ jurídica, além daquelas especificadas no quadro acima? |
|  |
| Seu grupo familiar, incluindo você, possui algum rendimento oriundo de aplicações financeiras? |
|  |
| Você possui algum membro no seu grupo familiar, incluindo você, que apresenta doença grave? |
|  |
| A residência do seu grupo familiar é? |
| ( ) própria |
| ( ) financiada - Qual Valor?  |
| ( ) alugada - Qual valor? |
| ( ) cedida |
|  |
| Qual seu meio de locomoção até o COTUCA?  |
| Qual o seu gasto mensal com transporte? |
| Você ou alguém do grupo familiar possui bens (imóveis, automóveis etc) descreva: |
|  |

**ATENÇÃO: O Art.299 do Código Penal dispõe que é crime: “Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir declaração falsa ou diversa da que deveria ser escrita com fim de prejudicar, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante”.**

**DECLARO a veracidade das informações fornecidas neste formulário, bem como atesto que estou ciente sobre o que dispõe o Art. 299 do Código Penal, desde já autorizo a verificação dos dados.**

**DECLARO que estou ciente que o objetivo principal das bolsas de auxílio social é oferecer condições para que eu possa frequentar a escola sem prejudicar meus estudos e, que, portanto são motivos de cancelamento da bolsa:**

1. **A NÂO comprovação da frequência integral no trabalho (dedicação de 10hs semanais) de auxiliar os setores administrativos do colégio, e nas disciplinas cursadas, salvo quando às faltas previstas pelo manual do aluno justificadas via requerimento no site, área do aluno;**
2. **A NÃO dedicação às atividades escolares comprovadas pelo Supervisor da seção, e notas e frequência nas disciplinas cursadas;**
3. **A NÃO frequência, quando for o caso, nas monitorias das disciplinas com dificuldades;**
4. **A FALTA de postura de respeito às normas prescritas no manual de alunos em todas as situações.**

**Estou ciente que serão realizadas avaliações a cada dois meses pela supervisão imediata e que os itens avaliados serão: frequência ao trabalho e às aulas, dedicação ao trabalho e às disciplinas cursadas, e postura de respeito às normas prescritas no manual de alunos em todas as situações.**

**Estou ciente que deverei comparecer a entrevista a ser agendada nos dias 30 e 31 de março de 2020, e que no momento da entrevista deverei apresentar o original de todas as documentações apresentadas no ato de minha inscrição.**

**Campinas, de março de 2020.**

**Assinatura do Solicitante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do Responsável legal para menores de idade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**