**ANEXO II**

**FICHA DE INSCRIÇÃO: Bolsa Extensão**

**Informações Pessoais:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aluno (a)** |  |
| **Endereço** |  | **Nº** |  |
| **Bairro** |  | **CEP** |  |
| **Cidade** |  | **Estado** |  |
| **Data de Nascimento** |  **/ /** | **Idade** |  | **Sexo** |  **( ) F** | **( ) M** |
| **Estado Civil** |  | **RG** |  | **CPF** |  |
| **Telefone** | **( )** | **Celular** | **( )** |
| **Email** |  |

**Informações Acadêmicas:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Curso**  |  | **Semestre/ano:** |  |
| **Nº. de matrícula:** |  |
| **Campus Universitário:** |  |
| **Ensino Médio** | **( ) Escola Pública**  | **( ) Escola Privada** |
| **Graduação** | **( ) Sim**  | **( ) Não** |

**Informações Socioeconômicas:**

|  |
| --- |
| **QUADRO DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR (colocar primeiro o nome do(a) candidato(a)****Declarar o nome de todas as pessoas que moram com o aluno inclusive crianças** |
| **Nome** | **Idade** | **Parentesco** | **Profissão/ Ativ.** | **Est. Civil** | **Escolaridade** | **Renda**  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| * **Ooutras Rendas**
 |  |
| **Renda Total Familiar** |  |

**Referência de Escolaridade: Analfabeto, Ensino Fundamental incompleto, Ensino Fundamental Completo, Ensino Médio Incompleto, Ensino Médio completo, Ensino Superior Incompleto, Ensino Superior Completo.**

**Outras Rendas: Trabalho informal, Pensão alimentícia, Imóvel alugado, Programas sociais do Governo Federal, Estadual e Municipal.**

|  |
| --- |
| **IMÓVEL OU MORADIA** |
| **( )** **Próprio** | **( ) Alugado** | **( )** **Cedido** | **( ) Financiado** |
| **Valor do aluguel: R$** | **Valor da Prestação: R$** |
| **PESSOAS QUE ESTUDAM EM OUTRAS ESCOLAS OU CURSOS PARTICULARES (PAGOS)** |
| **Nome** | **Escola** | **Valor da Parcela** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **CONDIÇÕES DE SAÚDE (sim ou não)****Há alguém na família que está em tratamento médico? \_\_\_\_ Faz uso contínuo de medicamento? \_\_\_\_** |
| **Nome** | **Tipo de Doença** | **Despesa Mensal em R$** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA (sim ou não)****Há pessoa com deficiência na família? \_\_\_\_ Deficiência Física, Mental, Sensorial (auditiva, visual), Múltipla (Conforme Decreto 3.298/99)** |
| **Nome** | **Tipo de Deficiência** | **Despesa Mensal R$** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **DESPESAS MENSAIS BÁSICAS** |
| **Despesas** | **Valor R$** | **Despesas** | **Valor R$** |
| **Água** |  | **IPTU** |  |
| **Luz** |  | **Imposto de Renda** |  |
| **Telefone** |  | **Internet** |  |
| **Alimentação** |  | **Educação** |  |
| **Condomínio** |  | **Financiamento** |  |
| **Saúde** |  | **Outro tipo de despesa** |  |
| ***Subtotal*** | **R$** | ***Subtotal*** | **R$** |
|  ***Subtotal***  | **R$** |

**Informações Adicionais:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Possui Necessidades Especiais:** | **( ) SIM** |  **( ) NÃO** |
| **Se SIM, assinale a opção:** | **( ) Surdez** | **( ) Cegueira** | **( ) Cadeirante** |
| **( ) Outro – Especificar:** |  |

**Se sim, escreva o atendimento especial que necessita nos dias do processo seletivo:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Informo que, antes de efetivar a inscrição, li o edital e declaro para efeito de estudo socioeconômico que assumo inteira responsabilidade sobre as informações registradas e cópias dos comprovantes de rendas e despesas anexados. Declaro, ainda, estar ciente de que os dados apresentados serão submetidos a uma análise técnica, caso seja necessário solucionar **questões de desempate no processo seletivo**.

Boa Vista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2015.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Acadêmico