



FICHA SOCIOECONOMICA – SOLICITAÇÃO DE BOLSA
Educação Superior

Dados Preliminares

Instituição de Ensino Mantida: CENTRO UNIVERSITÁRIO CENECISTA DE OSÓRIO - UNICNEC
CNPJ: 33.621.384.1905/70
Educação: () Infantil () Fundamental () Médio () Profissional () EJA (X) Superior
Curso: _____ Ano: **2018/1** Série: _____
Processo: (X) Renovação () Novatos

Identificação do (a) Candidato(a)

Nome Completo: _____
Endereço: _____ nº _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Município: _____
Estado/UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____
E-mail: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
CPF: _____ RG: _____ Emissor: _____ CTPS: _____
Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () União Estável () Viúvo
Sexo: () Masculino () Feminino Auto declaração de cor/raça: () Negra () Parda () Branca () Indígena () Amarela
Responsável em assinar o Termo de Adesão de contrato de Prestação de Serviço na CNEC: () Sim () Não
O(a) candidato(a) já é bolsista ou possui desconto comercial na CNEC?
() Não () Sim- qual tipo de bolsa/desconto _____ - _____ %

O(a) Candidato(a) estudou o Ensino Médio em:

() Escola Pública () Escola Privada com bolsa integral () Escola Privada () Parte Escola Pública Parte Escola Privada

O(a) Candidato(a) possui Financiamento Estudantil (FIES)?

() Não () Sim – Percentual: _____ %

O(a) Candidato(a) é professor efetivo da Rede Pública de Ensino e pretende vaga em cursos de formação para magistério?

() Não () Sim – Qual Curso/Titulação: _____

O(a) Candidato(a) possui formação superior?

() Não () Sim – Qual Curso/Titulação: _____

O(a) Candidato(a) tem vínculo acadêmico em outra Instituição?

() Não () Sim – Qual Instituição: _____

A empresa do(a) candidato(a) fornece algum tipo de auxílio para fins de bolsa de estudo?

() Não () Sim

O(a) candidato(a) irá assinar o Contrato de Prestação de Serviço da CNEC?

() Não () Sim

Moradia do(a) candidato(a) (Marque com um X)

Em área urbanizada	Em área de vulnerabilidade e risco	Em área rural
() Moradia própria	() Moradia própria	() Moradia própria
() Financiamento comum	() Moradia Alugada	() Moradia Alugada
() Financiamento moradia popular	() Moradia Cedida	() Moradia Cedida
() Moradia Alugada	() Cômodo Cedido	() Cômodo Cedido
() Moradia Cedida	() Posse	() Posse
() Cômodo Cedido		
() Moradia cedida governamental		
() Posse		

Cônjuge do(a) Candidato(a)

Nome Completo: _____
Endereço: _____ nº _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Município: _____
Estado/UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____
E-mail: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
CPF: _____ RG: _____ Emissor: _____ CTPS: _____
Sexo: () Masculino () Feminino Auto declaração de cor/raça: () Negra () Parda () Branca () Indígena () Amarela
Responsável em assinar o Termo de Adesão de contrato de Prestação de Serviço na CNEC: () Sim () Não



Filiação - Mãe

Nome Completo: _____
Endereço: _____ n° _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Município: _____
Estado/UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____
E-mail: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
CPF: _____ RG: _____ Emissor: _____ CTPS: _____
Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () União Estável () Viúvo
Sexo: () Masculino () Feminino Auto declaração de cor/raça: () Negra () Parda () Branca () Indígena () Amarela
Responsável em assinar o Termo de Adesão de contrato de Prestação de Serviço na CNEC: () Sim () Não

Filiação - Pai

Nome Completo: _____
Endereço: _____ n° _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Município: _____
Estado/UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____
E-mail: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
CPF: _____ RG: _____ Emissor: _____ CTPS: _____
Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () União Estável () Viúvo
Sexo: () Masculino () Feminino Auto declaração de cor/raça: () Negra () Parda () Branca () Indígena () Amarela
Responsável em assinar o Termo de Adesão de contrato de Prestação de Serviço na CNEC: () Sim () Não

Representante legal (OBS. Preencher somente em caso de guarda judicial, tutela, ou comprovante de órgãos afins).

Nome Completo: _____
Endereço: _____ n° _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Município: _____
Estado/UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____
E-mail: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
CPF: _____ RG: _____ Emissor: _____ CTPS: _____
Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () União Estável () Viúvo
Sexo: () Masculino () Feminino Auto declaração de cor/raça: () Negra () Parda () Branca () Indígena () Amarela
Responsável em assinar o Termo de Adesão de contrato de Prestação de Serviço na CNEC: () Sim () Não

Bens do Grupo Familiar (Imóveis, Automóveis e outros).

Nº	Descrição	Valor do Bem	Valor da parcela do financiamento (se for o caso)
01			
02			
03			
04			
05			
06			

Outros tipos de renda

Nº	Descrição	Valor R\$	Parentesco	A ser preenchido	CNEC
01	Recebe aluguel de imóveis ou outros?			A ser preenchido	
02	Recebe ajuda de terceiros?				
03	Outros				

Membros da família que recebem benefícios

Nº	Descrição	Valor R\$	Parentesco	A ser preenchido	CNEC
01	Aposentadoria			A ser preenchido	
02	Auxílio Doença				
03	Benefício de Assistência Social (Municipal/Estadual)				





04	Benefício de Prestação Continuada – BPC			
05	Bolsa Família/PETI/ProJovem e outros benefícios do Governo Federal			
06	Pensão Alimentícia			
07	Pensão por Morte			

Outro membro do grupo familiar concorrendo à bolsa de estudo na Instituição Educacional Mantida ?

- () Não () Sim: 1. _____ (Série/Ano) _____
 2. _____ (Série/Ano) _____
 3. _____ (Série/Ano) _____

Grupo Familiar (informar todos os membros do grupo familiar, inclusive o(a) candidato(a))

Nº	Nome Completo	Parentesco	Data de Nascimento	Profissão	Idade	Renda Valor R\$	A ser preenchido pelo BEN	CNEC	
01		CANDIDATO(A)	/ /						
02			/ /						
03			/ /						
04			/ /						
05			/ /						
06			/ /						
07			/ /						
08			/ /						
09			/ /						
10			/ /						
11			/ /						
12			/ /						
Valor da renda familiar mensal bruta						R\$			
Valor da renda per capita mensal						R\$			

Pessoas com deficiência e doença crônica

O(a) candidato(a) possui deficiência, conforme o decreto 3298/1999? () Não () Sim

Em caso afirmativo, está apto a exercer atividade laboral/trabalho? () Não () Sim

Assinale em caso positivo:

() Deficiência Física () Deficiência Mental () Deficiência Auditiva () Deficiência visual () Deficiência Múltipla

Custo Mensal: R\$ _____

Alguns dos membros do grupo familiar possuem doença crônica/ deficiência? (Somente as que impossibilitem para o trabalho ou que o tratamento gere custos não cobertos pelo SUS)

() Não () Sim: **Qual doença?** _____

Custo Mensal: R\$ _____

Motivos pelos quais solicita a bolsa

- () Financeiros
 () Qualidade do Ensino
 () Localização da Instituição Educacional Mantida
 () Perfil socioeconômico conforme o Edital
 () Todos os tópicos acima
 () Outros _____

Declaro sob as penas da lei, que li o edital do Processo Seletivo para Concessão/Renovação de Bolsas de Estudo da CNEC que concordo e estou ciente das informações prestadas nesta ficha de inscrição, bem como é de minha inteira responsabilidade o acompanhamento dos prazos e procedimentos.

Por ser verdade firmo o presente.

_____, ____/____/201____

Local e Data

Assinatura do Responsável