SOCIEDADE CARITATIVA E LITERÁRIA
SÃO FRANCISCO DE ASSIS – ZONA NORTE
ESCOLA FRANCISCANA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA
SGAS 906 CONJUNTO F ASA SUL CEP 70390-060
BRASÍLIA, DF – Fone: (61)3442-8650
CNPJ: 95.606.380/0015-14

Nº
Data __/ __/__
_____
Rúbrica

REQUERIMENTO DE BOLSA DE ESTUDO

REQUERENTE

NOME: _____

Reg.nº_____CPFnº_____PARENTESCO ESTUDANTE: _____

Na qualidade de responsáveis pelo(a)**ALUNO(A): ___**_____

Através do presente requerimento, os abaixo assinados, vem solicitar à SOCIEDADE CARITATIVA E LITERÁRIA SÃO FRANCISCO DE ASSIS - ZONA NORTE (ESCOLA FRANCISCANA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA), CNPJ nº 95.606.380/0015-14 a concessão de BOLSA DE ESTUDO para o ano de 2027.

Para tanto juntam FICHA SOCIOECONÔMICA, cópia dos documentos comprobatórios de situação econômica familiar **exigidos e fazem o registro e a manifestação livre, informada e inequívoca da concordância e consentimento, em prol deste estabelecimento de ensino, para que proceda o tratamento dos dados pessoais e dados pessoais sensíveis informados neste documento e nos demais documentos que o acompanham.**

Os dados pessoais e dados pessoais sensíveis para os quais ora se concede o consentimento de tratamento tem a finalidade de possibilitar a análise da situação sócio econômica familiar do(a) ESTUDANTE candidato(a) a concessão da Bolsa de Estudo, e o que for necessário ao requerimento, análise e realização do deferimento deste pedido e da realização da matrícula, bem como para a contratação e execução de Contrato de Prestação de Serviços Educacionais, de modo que poderão ser utilizados na gestão do vínculo entre as partes, observada a confidencialidade e segurança das informações prestadas, respeitados os direitos fundamentais de liberdade, privacidade, inviolabilidade da intimidade, da honra e da imagem, os direitos humanos e a dignidade da pessoa humana, sendo que serão armazenados pelo período que se fizer necessário por disposição de lei para comprovação da regularidade da concessão da Bolsa de Estudo.

_____, _____ de _____ de 2026.

Assinatura do Responsável _____

ENCAMINHAMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

( ) Entrevista ( ) Visita Domiciliar ( ) Indeferido ( ) Documentação Incompleta: Letra: _____ item:_____
Letra: _____ item: ____

( ) Deferido – Concedendo ____ % No período de: ____ a ____ de _____

_____ _____
Assistente Social **Direção**

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome do(a) aluno(a):_____ Aluno(a): PCD ( ) sim ( ) não Informar o CID -_____		
Grau de ensino:	Série atual:	Nível:
Nº de identidade:	Nº do CPF:	
Data de Nascimento: / /	e-mail:	
Endereço:		
Município:	Bairro:	CEP:
Telefones para contato:		
Ponto de Referência:		

2. RESPONSÁVEIS

Nome do Pai:	
Grau de instrução:	Profissão:
Nº da Identidade:	Nº do CPF:
Endereço Comercial:	Bairro:
Endereço Residencial:	Bairro:
Telefones para Contato:	e-mail:
Ponto de Referência:	
Nome da Mãe:	
Grau de instrução:	Profissão:
Nº da Identidade:	Nº do CPF:
Endereço Comercial:	Bairro:
Endereço Residencial:	Bairro:
Telefones para Contato:	e-mail:
Ponto de Referência:	
Pais: ( ) casados ( ) separados ( ) viúva ( ) união estável ( ) outra situação: Qual?	

3. INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS

3.1 – No Grupo Familiar existe situação de desemprego? ( ) Sim ( )Não Quem? _____
3.2 - Há despesas com doença grave no grupo familiar? ( ) Sim ( )Não
3.3 - Em caso afirmativo qual doença? _____Quem?_____
3.4 - Tipo de moradia do grupo familiar. ( ) própria ( ) favor ( ) cedida ( ) financiada ( ) alugada
3.5 - Há outro membro do grupo familiar que estuda em instituição privada? ( ) Sim ( )Não Quem? _____Valor da mensalidade: _____
3.6 – Possui algum tipo de benefício social? ( ) Sim ( ) Não Qual?_____Valor:_____

ESPAÇO RESERVADO PARA A ASSISTENTE SOCIAL

FOTOGRAFIA E IMAGENS DA RESIDÊNCIA.

4. COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nº	NOME	Parentesco c/ estudante	Idade	Profissão	* Local de trabalho/ Instituição	*Renda Bruta
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

4.1 OUTRO

Total da renda familiar **BRUTA:** ( ) Mensal R$ _____	
Número de dependentes da renda familiar: _____	Renda per capita: R$ _____

* Local de trabalho/Instituição: Caso o integrante do Grupo Familiar trabalhe e também estude em instituição de ensino (privado ou público).
* Renda per capita: É calculada pela renda bruta, dividida pelo número de pessoas do Grupo Familiar.

5. DECLARAÇÃO

Declaro as informações por mim prestadas neste documento verídicas e estou ciente de que a qualquer tempo poderei receber a visita domiciliar da Assistente Social. Outrossim, autorizo a esta fotografar ou fazer imagens da minha residência. Declaro ainda, ter ciência de que declarações ou documentos inverídicos fornecidos por mim, poderão <u>acarretar alterações ou o cancelamento da BOLSA DE ESTUDO.</u>

_____, _____ de _____ de 2026.

_____
Assinatura do Responsável

ESPAÇO RESERVADO PARA OBSERVAÇÕES DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____