

**DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO
RESOLUÇÃO 07/2011 CSA
BOLSA BENEFÍCIO DEPENDENTE
GRADUAÇÃO – 2016.2**

DADOS DO SOLICITANTE (PROFESSOR OU TÉCNICO-ADMINISTRATIVO)

Nome:

E-mail:

Cargo:

Setor de Trabalho:

Fone:

Carga Horária Semanal de Trabalho:

Data de Admissão:

DADOS DO DEPENDENTE

Nome:

Idade:

Código do Aluno:

Parentesco:

Curso: (para o qual está solicitando bolsa):

Fase

O Dependente já possui graduação completa? SIM NÃO

O dependente fez a prova do ENEN? SIM NÃO

Quando: Ano _____

Declaro sob as penas da lei que as informações prestadas neste requerimento são verdadeiras, responsabilizando-me pelo inteiro conteúdo.

Criciúma,/...../.....

.....
Assinatura do solicitante

AUTORIZAÇÃO

Eu..... autorizo
descontar em minha folha de pagamento a quantia restante ao valor da bolsa concedida para meu
dependente:,
acadêmico(a) do curso de

Criciúma,/...../.....

.....
Assinatura do solicitante