



DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO
RESOLUÇÃO 07/2011 CSA
BOLSA BENEFÍCIO DEPENDENTE
GRADUAÇÃO – 2017.1

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