

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

<b>DADOS DO SOLICITANTE (PROFESSOR OU TÉCNICO-ADMINISTRATIVO)</b>	
Nome:	
E-mail:	Cargo:
Setor de Trabalho:	Fone:
Carga Horária Semanal de Trabalho:	Data de Admissão:
<b>DADOS DO DEPENDENTE</b>	
Nome:	
Código do Aluno:	Parentesco:
Curso: (para o qual está solicitando bolsa):	
O Dependente já possui graduação completa? ( <input type="checkbox"/> ) SIM ( <input type="checkbox"/> ) NÃO	
O dependente fez a prova do ENEN? ( <input type="checkbox"/> ) SIM ( <input type="checkbox"/> ) 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