

DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO
RESOLUÇÃO 07/2011/CSA alterada pela RESOLUÇÃO nº 08/2017/CSA
BOLSA BENEFÍCIO DEPENDENTE
GRADUAÇÃO – 2020.1

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:	
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