

PROGRAMA AUXÍLIO TRANSPORTE UNIVERSITÁRIO

FICHA DE INSCRIÇÃO

- Obs: Todo o preenchimento deverá ser realizado em Letra de Forma Legível

CADASTRO Nº

NOME

SEXO

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|----------|-----------|
| | | | | | FEM. () | MASC. () |
|--|--|--|--|--|----------|-----------|

RG

ORG.EXP.

UF

DATA EXP.

CPF

DATA NASCIMENTO

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

NUMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO CADASTRO ÚNICO

| |
|--|
| |
|--|

NOME DA MÃE

| |
|--|
| |
|--|

NOME DO PAI

| |
|--|
| |
|--|

ESTADO CIVIL

| | | | | |
|-----------------|---------------|--------------|-------------------|-------------------|
| () SOLTEIRO(A) | () CASADO(A) | () VIÚVO(A) | () DIVORCIADO(A) | () UNIÃO ESTÁVEL |
|-----------------|---------------|--------------|-------------------|-------------------|

ENDEREÇO - *Declaro que sou residente e domiciliado no Município de Miracatu.

| |
|--|
| |
|--|

BAIRRO

MUNICÍPIO/UF

TIPO

| | | | | |
|--|-------------|----------|-----------------|-----------|
| | Miracatu/SP | () CASA | () APARTAMENTO | () SÍTIO |
|--|-------------|----------|-----------------|-----------|

POSSUI DEFICIENCIA FÍSICA

| | | |
|---------|-------|---------|
| () SIM | QUAL: | () NÃO |
|---------|-------|---------|

DADOS PARA CONTATO

| | | | |
|----------------------|-----|---------|-----|
| TELEFONE RESIDENCIAL | () | CELULAR | () |
| TELEFONE COMERCIAL | () | RECADO | () |
| E-MAIL | | | |

DADOS DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO / CURSO

| INSTITUIÇÃO | | TIPO DE CURSO | | BOLSISTA | |
|-------------|----------------|---------------|--------------|----------|---------|
| () Pública | () Particular | () Técnico | () Superior | () Sim | () Não |

TIPO DE BOLSA

POSSUI FINANCIAMENTO ESTUDANTIL

| | | | |
|--------------|-------------|---------|---------|
| () Integral | () Parcial | () Sim | () Não |
|--------------|-------------|---------|---------|

NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO

| |
|--|
| |
|--|

ENDEREÇO

| |
|--|
| |
|--|

BAIRRO

MUNICÍPIO/UF

TELEFONE/FAX

| | | |
|--|--|-----|
| | | () |
|--|--|-----|

NOME DO CURSO

DURAÇÃO Início / Término

SEMESTRE ATUAL

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Instituição Financeira

Agência Nº

Conta Corrente

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

AUTENTICAÇÃO

Assumo a responsabilidade pelas informações prestadas.

Miracatu, ___/___/___

Nome: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRACATU
Departamento Municipal de Educação

Av. Washington Luis, 120- Centro- Miracatu SP CEP 118500-000
Tele/Fax (13) 3847-1265/1860

E-mail: educacao@miracatu.sp.gov.br

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, _____
_brasileira(o), RG _____, CPF _____
, Declaro para todos os fins e quem possa interessar, ser
residente e domiciliado no seguinte
endereço: _____

Por ser verdade, dato e assino o presente documento.

Miracatu, __ de _____ 2023.
