

ENTREVISTA PROUNI

Nome do Candidato _____

Possui nome social: SIM () NÃO ()

Endereço: _____

_____ Bairro: _____ Cidade: _____

UF: _____ CEP: _____

CPF.: _____ RG.: _____

Fone Contato: () _____ Curso: _____

E-mail: _____

POSSUI BOLSA PROUNI EM OUTRA IES: SIM () NÃO ()

MEMBROS DO GRUPO FAMILIAR/PARENTESCO (Incluindo o candidato)	RENDA MENSAL 3 ÚLTIMOS MESES		
	MÊS	MÊS	MÊS

() Declaro possuir renda familiar bruta igual ou inferior a 1,5 (salário-mínimo e meio) per capita, sendo minha família composta por _____ membros, conforme definição do artigo 1º, inciso III da Portaria Normativa nº 18 - MEC, de 11/10/2012.

Moradia: () Própria () Alugada () Cedida

Possui automóvel: SIM () NÃO ()

Caso possua veículo em seu grupo familiar descrever o **modelo e o ano**:

Onde cursou o ensino médio:

Escola pública ()

Escola pública / Escola Particular (com bolsa integral): ()

Escola pública / Escola Particular (com bolsa parcial): ()

Escola pública / Escola Particular (sem bolsa): ()

Escola Particular, bolsa integral: ()

Escola Particular, bolsa parcial: () – Valor pago na mensalidade
R\$ _____

Escola Particular (Sem bolsa integral ou parcial): () – Valor pago na
mensalidade R\$ _____

Plano de saúde: SIM () NÃO ()

Plano de saúde conveniado a empresa: SIM () NÃO ()

Possui alguma deficiência: SIM () NÃO ()

Observações:

Ass. Candidato ou Representante

Assinatura do Funcionário

Recife, ____ de _____ de _____

Comissão local de acompanhamento e controle social do programa universidade para todos – PROUNI

Registro individual de estudante do programa universidade para todos - PROUNI – COLAP

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE:

Nome completo: _____

Curso : _____

Data de Nascimento: ___/___/___

Identidade de Gênero : _____

Estado Civil: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

Rua: _____ Nº _____ Bairro: _____

Ponto de referência: _____

Atualmente mora com: _____ Telefones para contato: () _____

_____ Em caso de emergência falar com: _____

Telefones: () _____

FILIAÇÃO:

Mãe: _____

Pai: _____

Observação caso seja necessário: _____

SITUAÇÃO DE SAÚDE DO ESTUDANTE:

Algum problema de saúde? () Sim () Não

Quais: _____

Realiza tratamento? () Sim () Não

Como é feito: _____

Utiliza medicação sistemática? Sim () Não ()

Qual? _____

Porquê? _____

Média mensal de gasto: _____

Assinatura do estudante