





**COMPOSIÇÃO FAMILIAR**  
(Toda e qualquer pessoa que reside com o candidato)

Nome	Grau de Parentesco	Idade	Estado Civil	Grau de Instrução	Profissão	Salário
1.	Solicitante					
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						

Obs.: A falta de veracidade nas informações acima acarretará na desclassificação do candidato.

**VOCÊ E/OU SUA FAMÍLIA RECEBE ALGUM TIPO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA?**

( ) Sim ( ) Não

Valor: R\$

De quem?

Telefone:

**RESIDENTE OU DOMICILIADO NO MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA NOS ÚLTIMOS 4 ANOS?**

( ) Sim ( ) Não

**OUTRO MEMBRO DA FAMÍLIA RECEBE AUXÍLIO DO PROGRAMA VOCÊ NA UNIVERSIDADE?**

( ) Sim Qual:

( ) Não

**CONTATOS**

CELULAR:

TELEFONE FIXO:

E-MAIL:

Declaro, sob as penas da lei, que as informações constantes desta ficha de inscrição são verdadeiras.

Santa Bárbara/MG, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do candidato

**PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DE DOCUMENTAÇÃO PARA O PROGRAMA "VOCÊ NA UNIVERSIDADE"**

Nome do candidato:

Documentação recebida em:

Assinatura do funcionário responsável pelo cadastro:

Número de páginas da documentação recebida:

Obs.: É de inteira responsabilidade do interessado a apresentação, no ato de inscrição, de todos os documentos comprobatórios necessários para pleitear a concessão do auxílio. Sendo assim, não caberá recurso para revisão de documentação não apresentada.

Esta ficha deverá ser impressa de forma legível e entregue junto com os documentos necessários à análise socioeconômica.