

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR AO ESTUDANTE

Preencha com cuidado e com letra legível todos os itens solicitados

DADOS PESSOAIS

Nome do/a Bolsista: _____
Gênero: () Feminino () Masculino Data de nasc: ___/___/_____
RG nº _____ Órgão: _____ UF _____ CPF: _____
Telefone fixo: () _____ Celular: () _____
E-mail: _____
Curso: _____ Série: ___ano/___ período
Câmpus: _____ Matrícula: _____

AUXÍLIO/s CONCEDIDO/s

() Auxílio Alimentação () Auxílio Transporte Municipal
() Auxílio Transporte Intermunicipal () Auxílio Moradia

DADOS BANCÁRIOS

(somente serão aceitos dados de conta corrente em nome do/a estudante – anexar cópia do cartão do banco com os dados legíveis)

Banco do Brasil
Agência: _____ - _____
Conta corrente: _____ - _____

Declaro estar ciente das condições estabelecidas no Edital 001/2015 para minha permanência no Programa de Auxílio Complementar ao Estudante – PACE – Edição 2015.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do/a estudante ou responsável legal