

ATENÇÃO

Leia com atenção todo este formulário antes de preenchê-lo;

O preenchimento deste formulário **não implica qualquer compromisso** de concessão de DESCONTO por parte das Instituições mantidas pelo Instituto Leonardo Murialdo;

Grupo familiar entende-se como todas as pessoas que contribuem para o rendimento e tenham suas despesas atendidas por aquela unidade familiar.

Caso o grupo familiar informado se restrinja ao próprio estudante, este deverá comprovar sua própria renda que suporte seus gastos, condizente com seu padrão de vida e de consumo, sob pena de reprovação.

Anexar cópias dos comprovantes de renda do último mês, de todos os integrantes com renda do grupo familiar.

Declaro, sob penas de lei, para fins de prova junto a Faculdade Murialdo que todas as informações aqui prestadas, são a expressão da verdade. Comprometo-me a apresentar qualquer documentação solicitada, bem como qualquer questão que possa subsidiar o processo de seleção para concessão deste benefício. Estou ciente de que a FAMUR poderá cancelar o benefício concedido, caso seja constatada inveracidade das informações prestadas. Autorizo a realização de pesquisa cadastral em meu nome. Após análise e retorno referente a concessão do desconto, o acadêmico(a) fica ciente que o período de vigência do mesmo será semestral e não automático para os próximos períodos letivos.

Assinatura do Acadêmico ou Representante

DATA: _____

ESPAÇO PARA JUSTIFICATIVA (não obrigatório) :

I - IDENTIFICAÇÃO DO ACADÊMICO(A)

Nome: _____

E-mail: _____ Curso : _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ Telefone: () _____ Celular: () _____

Data Nascimento: ____/____/____ Naturalidade: _____ UF.: _____ Estado Civil: _____

() Sou estudante da FAMUR e pago integral Ano de Ingresso na FAMUR: _____

() Já possuo desconto de _____%

() Estou matriculado(a) em : _____ créditos

Indique o meio de transporte que utiliza para se deslocar até a FAMUR: _____

II- GRUPO FAMILIAR (inclusive o aluno e integrantes sem rendimento)

	Nome	Grau de parentesco	Ocupação profissional	Renda bruta	Idade	Escolaridade série	Estado civil
01							
02							
03							
04							
05							
06							

III - CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO

Reside com: () Pais () Cônjuge () Parentes () Sozinho () Filhos () Cônjuge e filhos Outro. Qual ? _____

Reside em imóvel: () Cedido () Herança () Financiado () Alugado () Próprio

Valor do Aluguel : R\$ _____ Valor do Financiamento : R\$ _____

Valor total de despesas mensais com:

Água: R\$ _____ Luz: R\$ _____ Telefone: R\$ _____ Condomínio: R\$ _____

Alimentação: R\$ _____ Transporte: R\$ _____ Outros Financiamentos: R\$ _____

IV - CASOS ESPECIAIS

Doença crônica na família? () Sim () Não Qual: _____ Portador: _____

Gastos com comprovação do portador da doença. R\$: _____

Medicação utilizada é adquirida em setor: () público () privado