



REQUERIMENTO

Preenchido pelo candidato/aluno

Solicito o enquadramento ao benefício Convênio Educacional (bolsa parcial), conforme contrato, para tanto seguem dados solicitados para comprovação das informações.

Estou ciente de que o desconto só será válido para os pagamentos efetuados até a data do vencimento, após a data o desconto será cancelado naquele mês.

Aluno (a) beneficiado (a): _____ RM _____

Período de usufruto (Assinalar o semestre subsequente):

() De janeiro a dezembro Ano: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do (a) aluno (a)

O campo abaixo é de Preenchimento exclusivo da Instituição parceira (Sindicato/Empresa/Condomínio/Escola/outros)

Declaramos que o (a) aluno (a) acima identificado é:

() Funcionário () Membro () Afiliado () Morador

() Escola () Outros - Especificar: _____

Se dependente preencher dados abaixo:

Nome titular: _____

Grau de parentesco: () Mãe/Pai () Esposo/Esposa () Filho/Filha

Dados do responsável pelas informações:

Nome: _____

Cargo ocupado: _____

Instituição/Outros: _____

Data: ____/____/____

Assinatura
Carimbo da Instituição Conveniada

**Após preenchimento entregar na Secretaria.
Não serão aceitos requerimentos fora do prazo estipulado.**