



ANEXO I

DECLARAÇÃO

Eu, _____, portador do CPF sob o nº _____, declaro para os devidos fins que possuo disponibilidade de horário para exercer as atividades como bolsista na UERR, no horário de _____ às _____

Boa Vista-RR, _____ de _____ de 2018.

(assinatura do candidato)



ANEXO II

DECLARAÇÃO

Eu, _____, portador do CPF sob o nº _____, declaro para os devidos fins que possuo conhecimento básico para operar microcomputador, sendo de minha total responsabilidade a veracidade das informações prestadas.

Boa Vista-RR, _____ de _____ de 2018.

(assinatura do candidato)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
Departamento de Desenvolvimento Humano e Social

ANEXO III

FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO
EDITAL Nº 014/2018 – BOLSA TRABALHO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO DISCENTE							
Nome: _____				Bairro: _____			
Endereço: _____				CEP.: _____ - _____, Cidade: _____, Estado: _____			
Tel. fixo: _____				Tel. Celular: _____			
Data de Nascimento: _____				Idade: _____		Sexo: F() M()	
Estado Civil: _____				CPF: _____		RG: _____	
Curso: _____				Matrícula: _____			
Semestre atual: _____				Email: _____			
Turno disponível: _____				Concluiu Ensino Médio: ()Escola Pública ()Escola Privada			
Tem outro curso de graduação: ()Sim ()Não Tipo de Ingresso: _____							
IDENTIFICAÇÃO DO GRUPO FAMILIAR							
Nome/Parentesco: _____				CPF: _____			
Idade: _____		RG: _____		Local de Trabalho: _____ Renda Bruta Mensal: R\$ _____			
Local de Trabalho: _____		RG: _____		Telefone 1: _____ Telefone _____			
Nome/Parentesco: _____				CPF: _____			
Idade: _____		RG: _____		Local de Trabalho: _____ Renda Bruta Mensal: R\$ _____			
Local de Trabalho: _____		RG: _____		Telefone 1: _____ Telefone _____			
Nome/Parentesco: _____				CPF: _____			
Idade: _____		RG: _____		Local de Trabalho: _____ Renda Bruta Mensal: R\$ _____			
Local de Trabalho: _____		RG: _____		Telefone 1: _____ Telefone _____			
GRUPO E RENDA FAMILIAR							
Pessoas que moram na mesma casa, incluindo o requerente. Discentes que residem em república ou pensão/pensionato e se declararam independentes não precisam preencher os nomes dos colegas de moradia).							
Parentesco	Nome	Idade	Est. Civil	Profissão	Escolaridade *	Situação Atual **	Renda Mensal
Outras rendas ***							
Renda Total Familiar							
* Escolaridade: Analfabeto, Ensino Fundamental incompleto, Ensino Fundamental Completo, Ensino Médio Incompleto, Ensino Médio completo, Ensino Superior Incompleto, Ensino Superior Completo.							
** Situação Atual: T trabalha D desempregado DL do lar A aposentado P pensionista I incapacitado (doença) E estudante EST estagiário.							
*** Outras Rendas: Trabalho informal, pensão alimentícia, imóvel alugado, programas sociais do Governo Federal, Estadual e Municipal.							



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
Departamento de Desenvolvimento Humano e Social

TELEFONES (PRÓPRIO E PARA RECADOS)			
Nome do Proprietário	Número	Localidade	Finalidade (residencial ou comercial)
IMÓVEL OU MORADIA			
<input type="checkbox"/> Próprio	<input type="checkbox"/> Alugado	<input type="checkbox"/> Cedido	<input type="checkbox"/> Financiado
Valor do aluguel: R\$	Valor da Prestação: R\$		
MEIO DE TRANSPORTE UTILIZADO PELO DISCENTE			
<input type="checkbox"/> Carro	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Ônibus Coletivo	<input type="checkbox"/> Taxi Convencional
<input type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Lotação	<input type="checkbox"/> Outros	
PESSOAS QUE ESTUDAM EM OUTRAS ESCOLAS OU CURSOS PARTICULARES (PAGOS)			
Nome	Escola	Valor da Parcela	
CONDIÇÕES DE SAÚDE			
Há algum familiar ou outro dependente que está em tratamento médico?			
Faz uso contínuo de medicamento?			
Valor da despesa com saúde:			
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA			
Há algum familiar ou outro dependente com deficiência*?			
Parente/Familiar	Nome	Tipo de Deficiência	Despesa Mensal R\$

*Tipo de deficiência: Deficiência Física, Mental, Sensorial (auditiva, visual), Múltipla (Conforme Decreto 3.298/99)

DESPESAS MENSAIS				
Despesas (Xerox)	Comprovadas	Valor R\$	Despesas declaradas	Valor R\$
Água		R\$		R\$
Luz		R\$		R\$
Imposto de Renda		R\$		R\$
IPTU		R\$		R\$
Aluguel		R\$		R\$
Educação (ensino Privado)		R\$		R\$
Financiamento casa		R\$		R\$
Financiamento transporte		R\$		R\$
Saúde		R\$		R\$
Telefone fixo		R\$		R\$
Total		R\$		R\$



CONTINUAÇÃO DO ANEXO III – BOLSA TRABALHO

Obs.: As informações descritas a seguir relatarão os motivos que justificarão sua solicitação do benefício, sendo, portanto, imprescindíveis para a conclusão do estudo socioeconômico.

Obs.: Descreva de maneira clara, detalhada e legível alguns dados ainda não demonstrados anteriormente, que possibilitem esclarecer melhor a situação socioeconômica familiar.

Declaro para efeito de estudo socioeconômico, que assumo inteira responsabilidade sobre as informações registradas e cópias dos comprovantes de rendas e despesas anexadas.

Declaro, ainda, estar ciente de que os dados apresentados serão submetidos a uma análise técnica, e caso seja convocado (a) deverei comparecer para entrevista com a Comissão Avaliadora em data/horário previamente agendados pela Instituição, portando os originais dos documentos anexados a este formulário.

Boa Vista, 10 de outubro de 2018.

Assinatura do Aluno

Inscrição recebida no dia:

Responsável pela inscrição:

(Comprovante do aluno/candidato) – Bolsa Trabalho

Nome do discente:

Inscrição recebida no dia:

Responsável pela inscrição:



FORMULÁRIO COMPLEMENTAR DE INSCRIÇÃO

EDITAL Nº 014/2018 – BOLSA TRABALHO

1- IDENTIFICAÇÃO		
NOME:	CPF.:	MATRÍCULA:
2- RAÇA/COR		
() BRANCO	() PARDO	() AMARELO
() INDÍGENA	() NEGRO	() OUTROS
3- GÊNERO		
() MASCULINO		() FEMININO
4- CLASSE SOCIOECONÔMICA		
() A	Acima de 20	R\$ 12.440,00 ou mais
() B	10 a 20	R\$ 6.220,00 a R\$ 12.440,00
() C	4 a 10	R\$ 2.448,00 a R\$ 6.220,00
() D	2 a 4	R\$ 1.244,00 a R\$ 2.448,00
() E	Até 2	Até R\$ 1.244,00
5- PORTABILIDADE DE DEFICIÊNCIA		
() CEGUEIRA	() DEFICIÊNCIA AUDITIVA	() DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA
() BAIXA VISÃO	() DEFICIÊNCIA FÍSICA	() DEFICIÊNCIA MENTAL
() SURDEZ	() OUTROS	

Boa Vista – RR, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do Discente	Recebido por
	Data



DECLARAÇÃO

EDITAL Nº **014/2018** – BOLSA TRABALHO

Eu, _____,
matriculado(a) no curso _____, matrícula _____,
inscrito sob o RG Nº _____ e CPF Nº _____
declaro para efeitos de inscrição junto ao programa **BOLSA TRABALHO**, atender a todos
os critérios estabelecidos no item 8 do **Edital nº 014/2018 – DDHS/UERR - BOLSA
TRABALHO.**

Declaro estar ciente que, caso seja convocado (a) para participar do Programa **BOLSA
TRABALHO**, deverei prezar pela minha qualificação profissional, participando
mensalmente de atividades e ações voltadas para a minha formação acadêmica e
profissional, devendo relatá-las em formulário próprio, emitido pela DDS/UERR, e que o
não cumprimento das cláusulas descritas no termo de compromisso acarretará o
cancelamento da bolsa.

Boa Vista-RR, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do discente



DECLARAÇÃO PARA AUTÔNOMOS
EDITAL Nº 014/2018 – BOLSA TRABALHO

Eu, _____ RG _____
Nº. _____, CPF. Nº _____, residente à _____, bairro _____,
cidade/estado _____, declaro para os devidos fins que exerço a
atividade de _____, recebendo o valor
mensal de R\$ _____ (**média dos últimos dois meses**). Declaro para
todos os efeitos legais, serem verdadeiras as informações contidas nesta ficha, estando
sujeito às penalidades cabíveis.

Boa Vista/RR, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do autônomo



FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO
EDITAL Nº 014/2018 – BOLSA TRABALHO

ATENÇÃO:

I - Preencher o formulário em letra legível ou digitar;

II - Entregar este formulário em 2 (duas) vias, **devendo ser uma protocolada e devolvida ao discente**

INFORMAÇÕES DO DISCENTE

NOME:	TELEFONE FIXO:
CURSO:	CELULAR:
MATRICULA:	EMAIL:

OBJETO DO RECURSO – ARGUMENTAÇÃO E PEDIDO

Obs.: Descrever sinteticamente o objeto do recurso, justificativa, argumentação da contestação e, ao final, destacar o pedido.

(15 lines for writing the argumentation and request)

Local e Data

Assinatura do Discente