

Formulário - 1

Habilidades 2020

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO: IDENTIFICAÇÃO DO(A) CANDIDATO(A) E COMPOSIÇÃO DE SEU GRUPO FAMILIAR

NOME CANDIDATO(A) _____ CURSO _____

CPF _____ Nº DE IDENTIDADE _____ / ÓRGÃO EXPEDIDOR _____

DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ GÊNERO: _____ ESTADO CIVIL: SOLTEIRO(A) CASADO(A) VIÚVO(A) OUTRO _____

ENDEREÇO _____ BAIRRO _____ CIDADE _____

ESTADO _____ CEP _____ TELEFONE FIXO _____ CELULAR 1 _____ CELULAR 2 _____

E-MAIL: _____ E-MAIL alternativo: _____

ATENÇÃO: Entende-se por RENDA BRUTA MENSAL os valores brutos dos rendimentos de qualquer natureza percebidos a título regular ou eventual. Exemplos: salários; pagamento a autônomos (RPA); retirada de Pró-labore; pensão por morte; aposentadoria; Benefício de Prestação Continuada (BPC); pensão alimentícia; recebimento de aluguel ou arrendamentos de imóveis; renda proveniente de aplicações financeiras, atividades rurais, atividades de profissional liberal e informal; ajuda financeira de terceiros; etc. (Conforme Art. 7 da Portaria Normativa do MEC nº18 de 11/10/12). Observação: Não computar na soma da renda bruta mensal os rendimentos relacionados no § 2º do art. 7 da Portaria Normativa do MEC nº18 de 11/10/12. Informações falsas ou incompletas implicarão no cancelamento da Matrícula Institucional na UFMG, sem prejuízo da responsabilidade civil, administrativa e penal cabíveis.

NOME	PARENTESCO	NASCIMENTO (dia/mês/ano)	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	CARGO/ PROFISSÃO	RENDA BRUTA	RESERVADO PARA O SERVIÇO SOCIAL (Renda Bruta)
	Candidato(a)	__/__/__				R\$	
		__/__/__				R\$	
		__/__/__				R\$	
		__/__/__				R\$	
		__/__/__				R\$	
		__/__/__				R\$	
		__/__/__				R\$	

Local e data _____ Assinatura do(a) candidato(a) ou responsável legal _____

OS DADOS ABAIXO NÃO DEVERÃO SER PREENCHIDOS PELO CANDIDATO/PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE SOCIOECONÔMICA

Renda bruta familiar: R\$ _____ ÷ _____ = PER CAPITA: R\$ _____ <small>(total da renda familiar) (nº de moradores no domicílio)</small>	Deferido () Indeferido () Data: ____/____/____
Justificativa e/ou observações:	

Assinatura do(a) Assistente Social responsável / Nº CRESS: _____