

AUTORIZAÇÃO PARA CONCESSÃO DE BOLSA DE ESTUDO FUNCIONÁRIO E/OU PROFESSOR DE ACORDO COM CONVENÇÃO E/OU ACORDO COLETIVO DO SINDICATO DA CATEGORIA.

IDENTIFICAÇÃO DO FUNCIONÁRIO E/OU PROFESSOR

Nome do (a) Professor/Funcionário (a):		
Função:		
Professor (a) Número de Horas Aula de Trabalho no : _____ Funcionário – Salário Mensal: _____		
IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO		
Nome:	Série a Cursar em 2024:	Turno:
Endereço Residencial:		
Bairro:	CEP:	
Ponto de Referência:		
Telefone para contato:	Celular:	
Nome do Pai e Mãe:		

Local e data ____ / ____ / _____ _____
Assinatura do funcionário e/ou professor responsável do aluno

**PARA USO EXCLUSIVO DA INSTITUIÇÃO
PARECER DA INSTITUIÇÃO**

_____ _____ _____
() Processo deferido para Gratuidade Integral para o ano de 2024. () Processo deferido para Gratuidade Parcial de ____% para o aluno em 2024 .() Processo indeferido.
_____ Carimbo e assinatura da Assistente Social
_____ Autorização do diretor da Escola e/ou Faculdade