|  |
| --- |
| **Ano letivo 2024 / 2025** |



**REQUERIMENTO DE ATRIBUIÇÃO DE BOLSA DE ESTUDO PARA O ENSINO SUPERIOR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DAGF/UAG |  | DESAS/UNIDADE DE EDUCAÇÃO |
| Reg. Nº  |       | Proc Nº |        |  | Data: |       |
| Data:  |       |  | Responsável |       |
|  |  |  |
| Coord. UAG |       |  | Chefe de Divisão |       |
| Chefe de Divisão |       |  |
|  |  |  |  |  |
| DESPACHO |  | DECISÃO:      |
| Data:       |  |
| Presidente:       |  |

|  |
| --- |
| **Dados Pessoais:** |
| (**A PREENCHER PELO CANDIDATO – TODOS OS CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**) |
| Nome: |       |
| Filiação: |       |
| e |       |
| Data de Nascimento: |       | Cartão de Cidadão nº:                        |  |
| NIF:       | Naturalidade:       | Estado Civil:       |
| Morada:       |
| Telemóvel:       |
| E-mail:            |
| IBAN aluno: | PT50      (**anexar documento comprovativo**) |

|  |
| --- |
| **Composição do agregado familiar (em comunhão de habitação)**  |
| **Nome** | **Grau de parentesco** | **Idade** | **Profissão** | **Salário mensal** |
|       |       |    |       | 0,00 € |
|       |       |    |       | 0,00 € |
|       |       |    |       | 0,00 € |
|       |       |    |       | 0,00 € |
|       |       |    |       | 0,00 € |

|  |
| --- |
| **Situação Escolar** |
| Curso frequentado no ano letivo anterior: |
|       | Ano: | 20   /20    |
| Curso a frequentar no ano letivo em curso: |
|       | Ano: | 20   /20    |
| **Informação Familiar Complementar** |
| Algum dos elementos do agregado familiar apresenta grau de incapacidade permanente igual ou superior a 60%?SIM       NÃO      Em caso afirmativo indique o(s) nome(s):       Grau de parentesco:      **(anexar atestado comprovativo ao processo)** |
| Tem mais algum elemento do agregado familiar a frequentar o ensino superior? SIM       NÃO      Em caso afirmativo indique o(s) nome(s):       Grau de parentesco:      Indique o Estabelecimento de Ensino:       |

**Notificações/Comunicações**

|  |
| --- |
| Para envio de informações acerca da candidatura às Bolsas de Estudo de acesso ao Ensino Superior, consente o envio de informação para:      o respetivo Correio Eletrónico      outro endereço de Correio EletrónicoIndicar qual (letra e carateres legíveis): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\***este será sempre o endereço de correio eletrónico para o qual enviaremos as notificações, e do qual será efetuada a comunicação.** |

|  |
| --- |
| Trabalhos de natureza extracurricular e participação/dinamização de projetos de voluntariado/associativismo em áreas relacionadas ou não com a área de formação (especificar tipo, data e duração): **Apenas serão consideradas as participações em projetos de voluntariado/associativismo que estejam devidamente certificadas**. |
| [ INSIRA TEXTO AQUI ] |

|  |
| --- |
| Razão porque se candidata à bolsa de estudo: |
| [ INSIRA TEXTO AQUI ] |

**Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD)**

O/A candidato(a) declara assumir inteira responsabilidade nos termos da lei, pela exatidão de todas as declarações constantes deste boletim. Falsas declarações implicam, para além de procedimento legal, imediato cancelamento dos valores atribuídos e reposição dos já recebidos.

Autorizo a informatização dos dados pessoais descritos no presente documento, para efeitos de elaboração do processo do (a) aluno (a)/candidato (a).

Autorizo a Unidade de Educação da Câmara Municipal de Montemor-o-Novo ao tratamento dos dados pessoais indicados no presente documento, por meios automatizados ou não, com as finalidades previstas para beneficiar da atribuição de bolsa de estudo, de acordo com a legislação em vigor. Aceito e consinto que os dados sejam transmitidos a outras entidades públicas, ou privadas na condição de subcontratantes, exclusivamente para fins legais e no exercício das atribuições e competências da Autarquia.

Tomo conhecimento que os dados pessoais serão guardados pelo período fixado em lei ou o estritamente necessário às finalidades para que foram recolhidos. Tomo conhecimento que, nos termos da legislação aplicável, é garantido, a todo o tempo, o exercício dos direitos de acesso, retificação, atualização e eliminação dos seus dados pessoais, podendo ainda opor-me ao tratamento dos mesmos mediante pedido escrito dirigido a Câmara Municipal de Montemor-o-Novo, bem como do direito de apresentar queixa junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados através do Website [www.cnpd.pt](http://www.cnpd.pt)

Presto o presente consentimento de forma livre e voluntária.

Estou ciente que o tratamento de dados é necessário ao exercício das funções de interesse público que incumbem a Unidade de Educação da Câmara Municipal de Montemor-o-Novo, sendo realizado em conformidade com as respetivas obrigações jurídicas previstas na lei.

Tomei conhecimento da Declaração de Consentimento Prévio do Titular dos Dados Pessoais e Concordo com os Termos Apresentados.

Sim    Não

|  |
| --- |
| Declaro por minha honra que as informações prestadas neste boletim correspondem integralmente à verdade, não tendo sido omitidos quaisquer dados.  |
| Data:  |    / /2024 | Assinatura: |         |

**ENTOS INSTRUTÓRIOS**