|  |
| --- |
| **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 Eletrónico  Indicar 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**