

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Telefone para recado: \_\_\_\_\_

FILIAÇÃO: Pai: \_\_\_\_\_ Mãe: \_\_\_\_\_

**DADOS DOS INTEGRANTES DO GRUPO FAMILIAR (deve – se preencher na primeira linha o nome do candidato e nas demais linhas as pessoas que moram na mesma casa)**

Nome completo	Idade	Grau de parentesco	Profissão	Renda Bruta mensal individual
		Candidato		

Número de dependentes da renda familiar: \_\_\_\_\_ Total da renda Familiar Mensal: R\$ \_\_\_\_\_

Moradia: ( ) Própria ( ) Cedida ( ) Alugada R\$ \_\_\_\_\_ ( ) Financiada (valor mensal) R\$ \_\_\_\_\_

Utiliza transporte coletivo? \_\_\_\_\_ qual linha? \_\_\_\_\_

A família possui automóvel? Se sim, quantos, marca e modelo/ano? \_\_\_\_\_

A família está incluída em Programas Sociais? \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_

O candidato ou algum membro do grupo familiar possui deficiência? Qual? \_\_\_\_\_

O candidato ou alguém do grupo familiar faz uso de medicamento e/ou possui doença crônica?

\_\_\_\_\_

Declaro sob as penas da lei, serem verdadeiros os dados supra pelos quais respondo.

Novo Hamburgo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Assinatura responsável