



ESTADO DE SANTA CATARINA
Prefeitura Municipal de Treviso



REQUERIMENTO DE BOLSA DE ESTUDO – ANO 2023

Dados do Aluno

Nome:			
Colégio/Universidade:			
Curso:		Fase:	
Período: () Matutino () Vespertino () Noturno () Mat/Vespertino			
Data de Nascimento:			
CPF:			
RG:			
Endereço:		Bairro:	
Cidade:	Telefone Residencial:	Celular:	
Data da Solicitação da Bolsa:			
Possui alguma necessidade especial: () Sim () Não			

Dados dos Pais

Nome da Mãe:	
Nome do Pai:	

Obs.: Serão pagas as mensalidades de 10 meses (De fevereiro a junho / De agosto a dezembro).

O pagamento da mensalidade referente aos meses de janeiro e julho serão de responsabilidade de cada estudante, pois são compreendidas como matrícula e rematrícula.

Assinatura do Responsável