*MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO*

**Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG**

Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Alfenas/MG - CEP 37130-001 Fone: (35) 3701-9290

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA CANDIDATOS MODALIDADE RESERVA DE VAGAS** | | | | | | | | | | |
| **I - IDENTIFICAÇÃO** | | | | | | | | | | |
| **NOME** | | | | | | | **SEXO: ( ) M (** | | **) F (** | **) Outro** |
| **RG** | **CPF** | | | **DATA DE NASCIMENTO** | | | | **NATURALIDADE** | | |
| VAGAS RESERVADAS – PÓS-GRADUAÇÃO | | | | | | | | | | |
| **ESTADO CIVIL**  ( ) SOLTEIRO(A) ( ) CASADO(A) ( ) SEPARADO (A) ( ) DIVORCIADO (A) ( ) VIÚVO(A) ( ) UNIÃO ESTÁVEL  NOME DO(A) ESPOSO(A):  (SE FOR CASADO(A) OU SE MANTIVER UNIÃO ESTÁVEL) | | | | | | | | | | |
| **VOCÊ TEM FILHO (S)?** ( ) SIM ( ) NÃO. **EM CASO AFIRMATIVO, QUANTOS?**  **TEM OUTROS DEPENDENTES?** ( ) SIM ( ) NÃO. **EM CASO AFIRMATIVO, QUANTOS?** | | | | | | | | | | |
| **POSSUI ALGUMA DEFICIÊNCIA?** ( | | | ) SIM ( | | ) NÃO **EM CASO AFIRMATIVO, QUAL?** | | | | | |
| **CURSO** | | **TURNO** | | | | **CAMPUS** | | | | |

|  |
| --- |
| **ENDEREÇO DO ALUNO**  RUA: N˚ BAIRRO: TELEFONE: ( ) ( ) MUNICÍPIO UF  PONTO DE REFERÊNCIA: |
| **FILIAÇÃO**  NOME DO PAI: NOME DA MÃE: |
| **ENDEREÇO DOS PAIS: (CASO OS PAIS SEJAM SEPARADOS, INFORMAR O ENDEREÇO DE AMBOS).**  **ENDEREÇO DO PAI:**  RUA: N˚ BAIRRO: TELEFONE: ( ) ( ) MUNICÍPIO UF PONTO DE REFERÊNCIA:  ( ) RESIDÊNCIA URBANA: ( ) CASA ( ) APARTAMENTO ( ) KITNET  ( ) OUTROS, ESPECIFIQUE  ( ) RESIDÊNCIA RURAL: ( ) SÍTIO ( ) CHÁCARA  ( ) OUTROS, ESPECIFIQUE  SITUAÇÃO DO IMÓVEL: ( ) PRÓPRIO ( ) FINANCIADO, VALOR R$ ( ) CEDIDO ( ) ALUGADO R$  **SE NÃO SOUBER O ENDEREÇO, DECLARE NO ESPAÇO ABAIXO:**  ( ) NÃO SEI O ENDEREÇO.  **ENDEREÇO DA MÃE:**  RUA: N˚ BAIRRO: TELEFONE: ( ) ( ) MUNICÍPIO UF PONTO DE REFERÊNCIA: |

|  |
| --- |
| ( ) RESIDÊNCIA URBANA: ( ) CASA ( ) APARTAMENTO ( ) KITNET  ( ) OUTROS, ESPECIFIQUE  ( ) RESIDÊNCIA RURAL: ( ) SÍTIO ( ) CHÁCARA  ( ) OUTROS, ESPECIFIQUE  SITUAÇÃO DO IMÓVEL: ( ) PRÓPRIO ( ) FINANCIADO, VALOR R$ ( ) CEDIDO ( )ALUGADO R$  **SE NÃO SOUBER O ENDEREÇO, DECLARE NO ESPAÇO ABAIXO:**  ( ) NÃO SEI O ENDEREÇO. |
| **II - DADOS SOCIOECONÔMICOS E FINANCEIROS** |
| **DO(A) CANDIDATO(A)** |
| **ORIGEM DOS RECURSOS FINANCEIROS:**  ( ) TRABALHO COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO RENDA MENSAL: FONTE PAGADORA  ( ) TRABALHO SEM VÍNCULO EMPREGATÍCIO RENDA MENSAL: FONTE PAGADORA  ( ) BOLSA R$ ( ) ESTÁGIO R$ ( ) MESADA R$  ( ) PENSÃO R$ ( ) OUTROS, ESPECIFIQUE R$  POSSUI CONTA BANCÁRIA ( ) SIM ( ) NÃO QUAL BANCO: |
| **QUAL SUA SITUAÇÃO ATUAL DE MORADIA?**  ( ) MORA COM PAI, MÃE OU AMBOS ( ) CÔNJUGE ( ) SOZINHO ( ) CASA DE FAMILIARES ( ) PENSÃO/PENSIONATO ( ) MORADIA MANTIDA PELA FAMÍLIA ( ) CASA DE AMIGOS  ( ) MORADIA PERTENCENTE E/OU MANTIDA PELO MUNICÍPIO DE ORIGEM  ( ) MORADIA COLETIVAS, ESPCIFIQUE: ( ) ALUGADO, VALOR:  ( ) OUTROS, ESPECIFIQUE: |

|  |
| --- |
| **DA FAMILÍA DO(A) CANDIDATO(A)** |
| **PAI:** ( ) VIVO ( ) FALECIDO ( ) OUTRA SITUAÇÃO  PROFISSÃO DO PAI: LOCAL DE TRABALHO: ESCOLARIDADE: RENDA: **FONTE DE RENDA:**  ( ) ASSALARIADO ( ) PROPRIETÁRIO DE PEQUENA EMPRESA ( ) APOSENTADO ( ) PENSIONISTA ( ) DONO DE PROPRIEDADE RURAL HECTARES ( ) SERVIDOR PÚBLICO  ( ) EMPREGADO DE PROPRIEDADE RURAL ( ) DESEMPREGADO  ( ) TRABALHADOR INFORMAL, ESPECIFICAR ATIVIDADE ( ) AUTÔNOMO, ESPECIFICAR ATIVIDADE ( ) PROFISSIONAL LIBERAL, ESPECIFICAR PROFISSÃO ( ) BENEFICIÁRIO DO INSS ( ) OUTROS, ESPECIFICAR  ESTADO CIVIL DO PAI: ( ) SOLTEIRO ( ) CASADO ( ) UNIÃO ESTÁVEL ( )VIÚVO  ( ) DIVORCIADO ( ) OUTROS, ESPECIFIQUE |
| **MÃE**: ( ) VIVA ( ) FALECIDA  PROFISSÃO DA MÃE: LOCAL DE TRABALHO: ESCOLARIDADE: RENDA: **FONTE DE RENDA:**  ( ) ASSALARIADA ( ) PROPRIETÁRIA DE PEQUENA EMPRESA ( ) APOSENTADA ( ) PENSIONISTA ( ) DONA DE PROPRIEDADE RURAL HECTARES ( ) SERVIDORA PÚBLICA  ( ) EMPREGADA DE PROPRIEDADE RURAL ( ) DESEMPREGADA  ( ) TRABALHADORA INFORMAL, ESPECIFICAR ATIVIDADE ( ) AUTÔNOMA, ESPECIFICAR ATIVIDADE  ( ) PROFISSIONAL LIBERAL, ESPECIFICAR PROFISSÃO ( ) BENEFICIÁRIA DO INSS ( ) OUTROS, ESPECIFICAR  ESTADO CIVIL DA MÃE: ( ) SOLTEIRA ( ) CASADA ( ) UNIÃO ESTÁVEL ( )VIÚVA  ( ) DIVORCIADA ( ) OUTROS, ESPECIFIQUE |
| **DO (A) ESPOSO (A):**  PROFISSÃO DO (A) ESPOSO (A): LOCAL DE TRABALHO\_  ESCOLARIDADE RENDA: |

|  |
| --- |
| **FONTE DE RENDA:**  ( ) ASSALARIADO ( ) PROPRIETÁRIO DE PEQUENA EMPRESA ( ) APOSENTADO ( ) PENSIONISTA ( ) DONO DE PROPRIEDADE RURAL HECTARES ( ) SERVIDOR PÚBLICO  ( ) EMPREGADO DE PROPRIEDADE RURAL ( ) DESEMPREGADO  ( ) TRABALHADOR INFORMAL, ESPECIFICAR ATIVIDADE ( ) AUTÔNOMO, ESPECIFICAR ATIVIDADE ( ) PROFISSIONAL LIBERAL, ESPECIFICAR PROFISSÃO ( ) BENEFICIÁRIO DO INSS  ( ) OUTROS, ESPECIFICAR  ESTADO CIVIL DO PAI: ( ) SOLTEIRO ( ) CASADO ( ) UNIÃO ESTÁVEL ( )VIÚVO  ( ) DIVORCIADO ( ) OUTROS, ESPECIFIQUE  **No caso de pais separados e se algum familiar recebe pensão alimentícia, especifique quem recebe e o valor mensal:**  R$  R$ |
| **QUANTAS PESSOAS, INCLUINDO VOCÊ, VIVEM DA RENDA MENSAL DE SUA FAMÍLIA?** |
| SE SUA FAMÍLIA É POR UM OU MAIS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA, ASSINALE ABAIXO QUAL OU QUAIS:  ( ) BOLSA FAMÍLIA ( ) BPC - BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA ( ) PET - PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL  ( ) OUTROS, ESPECIFIQUE |
| **INFORME OS BENS DE PROPRIEDADE DA FAMÍLIA (IMÓVEIS, VEÍCULOS – ESPECIFIQUE ANO E MODELO – PROPRIEDADES RURAIS – ESPECIFIQUE A EXTENSÃO EM HECTARES, ETC)** |

|  |
| --- |
| ggggg |
| **CONDIÇÕES DE MORADIA DE FAMÍLIA**  **TIPO DE MORADIA:**  ( ) ALVENARIA ( ) MADEIRA ( ) MISTA ( ) OUTROS, ESPECIFIQUE CÔMODOS: ( ) SALA ( ) COZINHA ( ) QUARTO ( ) BANHEIRO ( )SALA DE JANTAR QUANTITATIVO: ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |
| **DADOS COMPLEMENTARES** |
| EM RELAÇÃO A SUA ESCOLARIDADE, VOCÊ:  ( ) fez o ensino médio regular na rede pública. ( ) fez o ensino médio (EJA) na rede pública.  ( ) obteve o certificado de conclusão do Ensino Médio pelo ENEM ou pelo Encceja ou por exame supletivo  ATUALMENTE, VOCÊ ESTÁ MATRICULADO EM UM CURSO SUPERIOR?  ( ) Não ( ) Sim. Nome do Curso: Nome da Instituição de Ensino Superior: Cidade: Estado:  VOCÊ TEM CURSO SUPERIOR?  ( ) Não ( ) Sim. Nome do Curso: Nome da Instituição de Ensino Superior: Cidade: Estado:  VOCÊ JÁ FEZ ALGUM CURSO DE GRADUAÇÃO NA UNIFAL-MG?  ( ) Não ( ) Sim. Nome do Curso: Ano de conclusão:  VOCÊ JÁ SE MATRICULOU NA UNIFAL-MG, MAS TEVE QUE DESISTIR DO CURSO?  ( ) Sim, no ano de ( ) Não |

|  |
| --- |
| SE DESISTIU, QUAL FOI O MOTIVO? |

**SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA FAMILIAR**

**OBS.** PREENCHER O QUADRO ABAIXO COM AS INFORMAÇÕES DE **TODAS** AS PESSOAS DA FAMÍLIA QUE RESIDEM COM VOCÊ.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME COMPLETO | CPF | IDADE | PARENTESCO | ESTADO CIVIL | CIDADE E ESTADO ONDE RESIDE | É PESSOA COM DEFICIÊNCIA? (SE FOR SIM, INDICAR QUAL) | ESCOLARIDADE | OCUPAÇÃO | RENDA MENSAL |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**DECLARAÇÃO DE GASTOS MÉDIOS MENSAIS**

OBS. JUNTE APENAS UM COMPROVANTE DE CADA ITEM (UM COMPROVANTE DO GASTO NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES. NÃO TEM QUE APRESENTAR TRÊS COMPROVANTES DE CADA MÊS). SE NÃO HOUVER O GASTO, ESCREVA “NÃO SE APLICA”.

|  |  |
| --- | --- |
| **GASTOS MENSAIS** | **VALOR MÉDIO (SOMAR O GASTO NOS TRÊS ÚLTIMOS MESES, DIVIDIR O VALOR POR TRÊS, INFORMAR O VALOR OBTIDO)** |
| 1. Energia elétrica (luz) |  |
| 2. Água |  |
| 3. Telefone |  |
| 4. Aluguel |  |
| 5. Condomínio |  |
| 6. TV a cabo, Netflix (Streaming), internet |  |
| 7. Medicações de uso contínuo |  |

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Declaro a veracidade das informações fornecidas neste formulário, bem como atesto que estou ciente sobre o que dispõe o art. 299 do Código Penal, desde já autorizo a verificação dos dados. Declaro que as informações prestadas são completas e verdadeiras, estando ciente de que a inveracidade e/ou a omissão de informações acarretarão a não homologação e consequente cancelamento da minha matrícula institucional, independentemente da época em que forem constatadas.

, de de 202 .

Assinatura:

De preferência, assine com SouGov.Br: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/assinatura-eletronica>

ASSINATURA DO ESTUDANTE NOME COMPLETO

**PARA USO DO SERVIÇO SOCIAL**

PARECER:

DATA: / /