

A preencher pelos serviços	
Entrada n.º	



DIVISÃO DE EDUCAÇÃO E JUVENTUDE
BOLETIM DE CANDIDATURA
BOLSAS DE ESTUDO

Ex.ma Senhora
 Presidente da Câmara Municipal de Cantanhede

Eu, _____ (nome do candidato), portador do cartão de cidadão n.º _____, válido até ____/____/____, venho, por este meio, solicitar a V.ª Ex.ª se digne a admitir a minha candidatura às Bolsas de Estudo para o ano de _____.

DOCUMENTOS DO PROCESSO	
Entregue:	Documento
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Boletim de Candidatura devidamente preenchido.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Atestado de residência emitido pela respetiva Junta de Freguesia onde conste o número de elementos que compõem o agregado familiar.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Declaração do Estabelecimento de Ensino com indicação do aproveitamento escolar no ano letivo imediatamente anterior.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Certidão de Matrícula.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Declaração emitida pelo Estabelecimento de Ensino relativa à existência, ou não, de Bolsas de Estudo, com indicação do respetivo montante.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Comprovativo do valor da propina.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Declaração de IRS e respetiva Nota de Liquidação (Ano Fiscal 2021).
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Recibos de Vencimento dos elementos do Agregado Familiar dos últimos três meses.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Caso se aplique, Declaração da Segurança Social comprovativa da situação de desemprego.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Caso se aplique, Declaração de Grau de Incapacidade e/ou documento que comprove a deficiência.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Extrato de Remunerações da Segurança Social ou documento equiparado, bem como comprovativo das pensões, caso se aplique, que abonem todos os elementos do Agregado Familiar.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Declaração de escalão de abono da Segurança Social.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Caso se aplique, comprovativo da Pensão de Alimentos ou do pedido de apoio judiciário para requerer pensão de alimentos.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Documento obtido na Autoridade Tributária e Aduaneira atestando a existência, ou não, de prédios inscritos em nome dos elementos do Agregado;
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Caso se aplique, os 3 últimos recibo de renda.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Caso se aplique, declaração de empréstimo de habitação própria e permanente com respetivo valor mensal.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Declaração médica que comprove doença crónica.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	Outros documentos apresentados pelo candidato: _____ _____

A preencher pelos serviços	
O processo está devidamente instruído:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

Divisão de Educação e Juventude	Data: ____/____/____
O(a) Técnico(a) _____	

A preencher pelos serviços	
Entrada n.º	

NOTIFICAÇÃO DO/A CANDIDATO/A

Fico notificado que, nos termos do artigo 119º do CPA a apresentação da candidatura com documentos em falta implica a exclusão automática do procedimento.

O Candidato, _____, em ____/____/____.

O representante do candidato, quando este não possa comparecer para a entrega dos documentos inerentes à candidatura:

Nome, _____, grau
parentesco com o candidato _____, cartão de cidadão nº _____, válido até
____/____/____.

Declaro que recebi cópia do presente documento,

Data: ____/____/____

O(a) Candidato(a)/ Representante Legal,

A preencher pelos serviços	
Entrada n.º	

DADOS DO/A CANDIDATO/A											
Nome											
Data Nascimento	/	/	Cartão Cidadão				Validade	/	/		
Nacionalidade				NIF			NISS				
Beneficia de Abono de Família?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	Escalão		Tem Majoração?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
Telemóvel				E-mail							
Morada											
Localidade				Freguesia				Código Postal	-		

SITUAÇÃO ESCOLAR DO/A CANDIDATO/A										
Habilitações Literárias										
ANO LETIVO ATUAL										
Estabelecimento Ensino										
Curso							Ano que frequenta			
Beneficia de Bolsa de Estudo da DGES ?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	A Bolsa de Estudo contempla o complemento de alojamento?		SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
Beneficia de outro tipo Bolsa de Estudo ?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	Entidade					
ANO LETIVO ANTERIOR										
Estabelecimento Ensino										
Curso							Ano que frequentou			
Beneficiou de Bolsa de Estudo da DGES ?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	A Bolsa de Estudo contemplou o complemento de alojamento?		SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
Beneficiou de Bolsa de Estudo do Município?	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>						

IDENTIFICAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR				
N.º	Nome	Parentesco	Data Nascimento	Habilitações Literárias
2			/ /	
3			/ /	
4			/ /	
5			/ /	
6			/ /	
7			/ /	

DADOS COMPLEMENTARES DO AGREGADO FAMILIAR			
N.º	Cartão Cidadão	NIF	NISS
2			
3			
4			
5			
6			
7			

A preencher pelos serviços	
Entrada n.º	

IDENTIFICAÇÃO SÓCIO PROFISSIONAL DO AGREGADO FAMILIAR			
N.º	Profissão	Situação face ao emprego	Formação Profissional
2			
3			
4			
5			
6			
7			

OBSERVAÇÕES

RENDIMENTOS MENSAIS						
N.º	Trabalho	Pensão/Reforma	Prestações Familiares (Abono de Família)	R.S.I.	Subsídio Desemprego	Outros *
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

OBSERVAÇÕES	* Especificar (Bolsa de Estudo, Pensão de Alimentos, Rendimentos Prediais, etc.).

A preencher pelos serviços	
Entrada n.º	

DESPEAS MENSAS		
Designação	Candidato	Agregado Familiar
Renda da casa/ Empréstimo habitação/Alojamento		
Água		
Eletricidade		
Gás		
Telefone/ Telemóvel		
Alimentação		
Transportes		
Saúde (despesas regulares com doença crónica comprovada por declaração médica)		
Saúde (outras despesas)		
Educação/ Material escolar		
Equipamentos sociais		
Propinas		
Outros		
TOTAL		

OBSERVAÇÕES

SAÚDE				
Médico de Família		ACES		
N.º utente		Extensão/Unidade de Saúde		
N.º	Possui alguma doença?		Se sim:	
	SIM	NÃO	Descrita pelo próprio	Comprovado por declaração médica
1	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>		
2	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>		
3	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>		
4	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>		
5	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>		
6	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>		
7	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>		

A preencher pelos serviços	
Entrada n.º	

DECLARAÇÕES

Declaro, sob compromisso de honra, que as informações por mim prestadas no presente Boletim de Candidatura são completas e correspondem inteiramente à verdade.

Declaro também que tenho pleno conhecimento do Regulamento de atribuição de Bolsas de Estudo definido pela Câmara Municipal de Cantanhede.

Nos termos da Lei, a Câmara Municipal Cantanhede garante a confidencialidade dos dados recolhidos, que se destinam exclusivamente ao presente Concurso.

O preenchimento deste questionário é obrigatório e a prestação de falsas declarações ou omissão de informação implica:

- Perda imediata da Bolsa de Estudo
- Devolução das bolsas recebidas
- Procedimento Criminal.

Data: __/__/____

O Candidato,

O Representante Legal,
