

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"/>	a) Atestado comprovativo de residência no concelho, emitido pela Junta de Freguesia da área da residência, com indicação da composição do agregado familiar.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	b) Certidão ou outro documento comprovativo da matrícula no corrente ano letivo, especificando o curso a frequentar.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	c) Documento que discrimine as disciplinas concluídas por ano, associado ao respetivo plano do curso que frequenta.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	d) Declaração emitida pelo estabelecimento de ensino relativa à existência, ou não de outras bolsas de estudo, onde, sendo o caso, deverá constar o respetivo montante.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	e) Fotocópia da declaração do IRS/IRC/Informação Empresarial Simplificada (IES) e respetivos anexos submetidos no ano de 2024, bem como nota de liquidação, nos casos em que tal se aplique.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	f) Recibos de vencimento relativos aos últimos três meses dos elementos do agregado familiar a quem tal se aplique.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	g) Quando algum dos elementos do agregado familiar for trabalhador por conta própria, deve apresentar o documento emitido pelo Centro Distrital de Segurança Social e o comprovativo da entrega de contribuições à Segurança Social, com indicação da remuneração declarada como base de incidência e respetiva taxa.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	h) Havendo, no agregado familiar, pessoas (e para cada uma delas) que afixaram rendimentos provenientes de pensões (nomeadamente pensão de aposentação, velhice, invalidez, sobrevivência, complemento solidário para idosos, etc.), deverão apresentar o respetivo comprovativo com o valor.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	i) Havendo situações de desemprego no agregado familiar, deverão apresentar declaração emitida pelo Centro Distrital de Segurança Social com indicação do valor do subsídio de desemprego ou subsídio social de desemprego atribuído e o seu período de duração.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	j) Declaração do rendimento social de inserção, se for o caso, emitida pelo Centro Distrital de Segurança Social, com indicação do valor dessa prestação social.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	k) Quando devidamente comprovada pela Repartição de Finanças a existência de isenção de apresentação da declaração de IRS/IRC, devem os rendimentos do agregado familiar, no ano a que respeita aquela declaração, ser comprovados através dos documentos mencionados nas alíneas f), g), h) e i).
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	l) Fotocópia do recibo da renda de casa ou do encargo com a aquisição ou construção de habitação própria (com valor de seguros de habitação inerentes) no ano anterior àquele a que respeita a candidatura, caso o seu valor não conste da declaração de IRS.
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	m) Documentos comprovativos da situação de doença crónica incapacitante, com atestado médico que inclua o descritivo de medicação prescrita e comprovativo das despesas medicamentosas (fatura recibo da farmácia ou declaração da farmácia com a despesa anual).
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	n) Documento emitido pela Repartição de Finanças atestando a existência, ou não, de prédios inscritos em nome de cada um dos elementos do agregado familiar.
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	

DESPESAS 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:	
			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,