



Preenchimento da DDS		
Situação	R	P

REQUERIMENTO
PROGRAMA AUXÍLIO CRECHE – FUB/UnB
2º/ 2017

1- DADOS DA/O ESTUDANTE: (É essencial o preenchimento de forma completa e legível)

Nome: _____ Matrícula: _____

Curso: _____ RG: _____ UF: _____ CPF: _____

Telefones de contato (Preenchimento obrigatório): _____

E-mail (Preenchimento com letra de forma): _____

Já concluiu outro curso de graduação? () Sim () Não

Se sim, qual instituição de ensino e curso? _____

2- ATUALMENTE, PARTICIPA DE ALGUMA ATIVIDADE CONTÍNUA DE CUNHO FORMATIVO, PROJETO DE EXTENSÃO, PESQUISA, INICIAÇÃO CIENTÍFICA, ESTÁGIO, MONITORIA, BOLSA, AUXÍLIO (EXCETO DDS) E/OU OUTROS?

() SIM () NÃO

Se sim, especificar:

Nº	NOME DA ATIVIDADE, PROJETO, PESQUISA, INICIAÇÃO CIENTÍFICA, ESTÁGIO, MONITORIA, BOLSA, AUXÍLIO OU OUTROS	INÍCIO DO VÍNCULO	REMUNERADO	FONTE PAGADORA, SE O VÍNCULO FOR REMUNERADO
1			() Sim () Não	
2			() Sim () Não	
3			() Sim () Não	
4			() Sim () Não	

Quantos filhos até 6 (seis) anos incompletos coabitam com você? _____

Nome, CPF e data de nascimento dos filhos:

DECLARO QUE ESTOU CIENTE DOS EDITAIS E RESOLUÇÕES VIGENTES REFERENTES AO PROGRAMA AUXÍLIO CRECHE. DECLARO AINDA, QUE AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS ACIMA SÃO VERDADEIRAS.

Brasília, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do estudante