

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

Data de Entrega: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Funcionário: \_\_\_\_\_

DADOS PESSOAIS

Nome \_\_\_\_\_ C.C Nº \_\_\_\_\_

Nº de Aluno/a: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

1) Teve aproveitamento de acordo com o Regulamento de Ação Social em vigor?

|     |                          |     |                          |
|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
| Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |

2) Está inscrito no presente ano letivo?

3) Teve redução de propinas em anos letivos anteriores?

4) MOTIVO DO PEDIDO DE DESCONTO

|                         |       |                                  |       |
|-------------------------|-------|----------------------------------|-------|
| 4.1 - Protocolo com:    | _____ |                                  |       |
| 4.2 - Familiar Aluno/a: | _____ | 4.3 - Familiar de Professor/a:   | _____ |
|                         |       | 4.3 - Familiar de Funcionário/a: | _____ |

Nome do familiar \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Curso \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ Estabelecimento de Ensino \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco \_\_\_\_\_ Pertence ao mesmo agregado familiar \_\_\_\_\_

|                      |                          |                           |                          |             |                          |         |
|----------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|---------|
| 4.5 - Funcionário/a: | <input type="checkbox"/> | 4.6 - Professor/a:        | <input type="checkbox"/> | 4.7 - CPLP: | <input type="checkbox"/> | _____ % |
| 4.8 - Ex-Aluno/a:    | <input type="checkbox"/> | 4.3 - Ensino Não Sup. GL: | <input type="checkbox"/> | 5 - Outro   | <input type="checkbox"/> | _____ % |

Outras informações Consideradas Pertinentes: \_\_\_\_\_

Declaro que tomei conhecimento das normas constantes no Regulamento de Ação Social.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente

Portimão, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Espaço Reservado aos Serviços

|                    |   |
|--------------------|---|
| Conf. Secretaria   |   |
| 1. _____           |   |
| Notas por lançar:  | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| 2. _____           |   |
| Data de Inscrição: | ____/____/____  |
| Data:              | ____/____/____  |
| Funcionário:       | _____   |

|                    |   |
|--------------------|---|
| Conf. do SASE      |   |
| 3. _____           |   |
| 4. _____           |   |
| Autorizado:        | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Redução Atribuída: | _____ %   |
| Data:              | ____/____/____  |
| Funcionário:       | _____   |