

AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DE CARNAXIDE

ANO ESCOLAR 20____ / 20____

FICHA DE CANDIDATURA - AÇÃO SOCIAL ESCOLAR

Nº de processo: _____			
Nome do aluno: _____			
Data de nascimento: ____/____/____			
Ano que frequenta: ____ Turma: ____ Escola _____			
Ano que irá frequentar: ____ Nível / Ciclo: _____			
Escalaão de abono de família: _____			
NIF <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
NISS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Apoios a que se candidata (nos termos do Decreto-Lei nº 55/2009, de 2 de maio)			
Auxílios Económicos <input type="checkbox"/>	Refeições <input type="checkbox"/>	Transporte Escolar (impresso próprio)	Bolsa de Mérito (impresso próprio)

TERMO DE RESPONSABILIDADE	
O encarregado de educação assume inteira responsabilidade nos termos da lei, pela exatidão das declarações constantes deste boletim. Falsas declarações implicam, para além de procedimento legal, imediato cancelamento dos subsídios atribuídos e reposição dos já recebidos.	
Carnaxide, ____ de ____ de 20 ____	
_____ Assinatura do aluno/encarregado de educação	
NIB <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Informação dos Serviços _____	A Assistente Técnica _____
Obs.: _____	

Despacho: Deferido/Indeferido	
O Diretor _____	Data ____/____/20____

MUITO IMPORTANTE: Anexar modelo *Mod. GF40/2009-DGSS*, da segurança social, com data não superior a três meses e com o escalaão de abono de família 1 ou 2. Este modelo pode ser obtido via segurança social direta (assinado digitalmente) ou em qualquer balcão da segurança social.