

N.º de Processo _____

Ano/Turma _____

Boletim de Candidatura

Ano letivo 20____/20____

(Anexar declaração de Escalão de Abono de Família da Segurança Social ou Ent. Pat. Administração Pública)

A preencher pelo Candidato (1)

Nome do Aluno _____		
Morada _____	Código Postal _____ - _____	
Localidade _____	Escola _____	Ano/turma _____
NISS _____	NIF _____	CC _____
N.º Utente de saúde _____		
Enc. Educação _____	Telefone _____	
N.º Elementos do Agregado Familiar _____		
Aluno NEE. (DL 54/2018) Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Anexar Comprovativo		
IBAN: _____		
TERMO DE RESPONSABILIDADE		
O encarregado de educação ou o aluno assume inteira responsabilidade nos termos da lei, pela exatidão de todas as declarações constantes deste boletim. Falsas declarações implicam, para além de procedimento legal, imediato cancelamento dos subsídios atribuídos e reposição dos já recebidos.		
Assinatura do Aluno	Assinatura do Enc. Educação	Data
_____	_____	___/___/___

A preencher pela Escola

Informação do ASE:		
Escalão Atribuído _____	O Técnico _____	Data ___/___/___
Obs. _____		
Despacho _____		
O Diretor _____	Data _____	
	___/___/___	

(1) Dados a confirmar pelo funcionário no ato da entrega da candidatura



Estabelecimento de Ensino _____		
Nome do aluno _____		
Assinatura do funcionário _____	Data ___/___/___	