



MUNICÍPIO DE CORUCHE
CÂMARA MUNICIPAL

Livro: _____
Registo N.º: _____ /Ano: _____
Entrada de: _____
Classif. ou Proc N.º: _____
Registado por: _____

SGD – Sistema de Gestão Documental

EXM.º SENHOR
PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE CORUCHE

BOLSAS DE ESTUDO PARA UNIVERSITÁRIOS

REQUERENTE

Nome _____

Morada _____ N.º _____ Lote/Andar _____

Freguesia _____ Código Postal _____

NIF _____ BI/CC _____ Válido até _____

Nascimento _____ Telemóvel _____ Fax _____

E-mail _____

Residência oficial _____

Nome do Pai _____ Contacto _____

Nome da Mãe _____ Contacto _____

Nome do encarregado de educação* _____

*(Preencher apenas se o aluno for menor de 18 anos)

Residência _____ Contacto _____



Concedo a minha autorização para o uso exclusivo dos serviços da Câmara Municipal de Coruche, dos meus dados de contacto, apenas para transmitir informações relacionadas com este serviço

CURSO

Ano que irá frequentar _____ Curso que frequenta ou que vai frequentar _____

Grau académico que confere _____ Estabelecimento de Ensino _____

Outras bolsas de que beneficie ou às quais se candidatou:

--

Agregado Familiar

Grau de parentesco com o aluno	Idade	Profissão ou Ocupação	Nome

--	--	--	--

☐ Declaro expressamente que os dados pessoais por mim prestado neste formulário são fidedignos, precisos e completos, e que autorizo a Câmara Municipal de Coruche, a no âmbito da prossecução das suas competências, recolher, tratar, armazenar, divulgar com terceiros, os dados pessoais dele constantes

☐ Nos termos da lei, considero-me informado que me é garantido, enquanto titular dos dados pessoais tratados, o direito de acesso, retificação e eliminação dos meus dados pessoais tratados no âmbito da presente recolha de dados. Para o efeito, caso pretenda aceder, retificar ou eliminar os dados fornecidos, deverá contactar geral@cm-coruche.pt

Pede Deferimento,

(local e data)

(assinatura)

DECISÃO:

☐ Deferido

☐ Indeferido

____/____/____

O Presidente da Câmara
