Termo de Consentimento Esclarecido

O Solicitante, por si e na qualidade de responsável legal e financeiro do(a) beneficiário(a)/aluno(a), declara de forma expressa o seu consentimento quanto ao processamento, tratamento e armazenamento, pela Associação Propagadora Esdeva, dos dados que sejam necessários para perfeita verificação da situação socioeconômica do solicitante, também se declarando expressamente ciente que tais dados poderão ser compartilhados com terceiros ou instituições públicas que estejam envolvidos, tenham relação legal ou de supervisão da prestação dos serviços educacionais. O consentimento ora expresso engloba todos os dados fornecidos ou que venham a ser obtidos por esta, seja de qual natureza for, inclusive os dados sensíveis, desde que exclusivamente relacionados com a prestação de serviços educacionais ora previstos e destinados à sua execução, assim como para concessão de benefício filantrópico. O Solicitante concorda expressamente que os seus dados que não sejam sensíveis poderão ser processados, tratados e armazenados mesmo após o encerramento da relação entre as partes, podendo, se quiser, solicitar a cessão ou eliminação do tratamento e/ou a portabilidade deste.

Declaro, sob as penas da lei, serem verdadeiros os dados fornecidos no formulário online e idôneos os documentos que o acompanham, declarando-me, ainda, ciente de que a falsidade ou divergência nas informações acarretará o indeferimento sumário do pedido ou a suspensão do benefício a qualquer tempo, caso tenha sido concedido bem como estarei sujeito às sanções cíveis e penais. Tenho conhecimento do edital que normatiza as regras para o pedido de bolsa.

Local/Data: _____, _____/ _____/2022.

_____ _____
Assinatura do Responsável Financeiro CPF

OBSERVAÇÕES (OPCIONAL)
_____
_____
_____

PARECER DO SERVIÇO SOCIAL
( ) Houve Majoração de 20% (Art. 19, § 2º da LC 187/2021) ? Em caso afirmativo, justificar.
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
Renda Bruta Mensal: R$ _____ Renda Per Capita: R$ _____ Nº Membros Grupo Familiar: _____
( ) DEFERIDO ( ) INDEFERIDO PERCENTUAL CONCEDIDO: ( ) 100% ( ) 50%

_____ Data do parecer: _____/_____/_____

Assistente Social responsável (carimbo e assinatura)