

Edital Bolsa de Estudo – Empregado SES Para o Curso de Graduação em Medicina 2021/1º

A **Fundação Serra dos Órgãos – FESO**, no uso de suas atribuições institucionais, torna pública as regras para inscrição e participação para bolsa de estudo no curso de graduação em Medicina no 1º semestre de 2021, conforme o Acordo Coletivo de Trabalho 2020 celebrado entre à **Instituição e o Sindicato dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e Trabalhadores na Área de Saúde de Teresópolis, Três Rios e Paraíba do Sul Levy Gasparian - SES**.

Título I

Normas Gerais

Art. 1º A bolsa de estudo destina-se a empregados associados ao Sindicato ou dependentes aprovados nos processos seletivos no curso de graduação em Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos – UNIFESO.

Art. 2º A concessão de 01 (uma) bolsa de estudo integral é deferida em conformidade com o previsto na Cláusula Oitava do Acordo Coletivo de Trabalho 2020.

Art. 3º A bolsa de estudo terá sua duração máxima correspondente ao número de semestres previstos para conclusão do curso.

Art. 4º O benefício será cancelado nos seguintes casos:

§ 1º Trancamento ou cancelamento da matrícula.

§ 2º Não aprovação no período anterior.

§ 3º Em caso de demissão do empregado, o benefício será estendido até o final do semestre em curso, conforme o Parágrafo Sexto da Cláusula Oitava do Acordo Coletivo de Trabalho.

Título II

Das Inscrições e Classificações

Art. 5º A inscrição se dará de acordo com o Artigo 1º deste Edital, através do preenchimento da ficha de inscrição (anexo I) no prazo estabelecido neste instrumento, atendidas todas as disposições previstas no Acordo Coletivo de Trabalho 2020 celebrado entre à FESO e o SES.

Art. 6º A ficha de inscrição deverá ser encaminhada, digitalizada, para o e-mail bolsadeestudo@feso.edu.br, da Gerência da Secretaria Executiva do Conselho Diretor – GSECD – Setor de Bolsa de Estudo, até as 17:00 do dia 23/12/2020.

Art. 7º Critérios de aprovação, estabelecidos conforme Acordo Coletivo de Trabalho 2020 - Parágrafo 1º, itens I e II:

- I. Empregado com maior carga horária contratada;
- II. Empregado com maior tempo de casa.

Art. 8º O empregado ou dependente aprovado deverá apresentar no dia 29/12/2020, das 14:00 às 16:00 o formulário e cópia dos documentos solicitados (anexo II).

Art. 9º A divulgação ocorrerá no dia 04/01/2021, das 14:00 às 15:00, na Gerência da Secretaria Executiva do Conselho Diretor - GSECD – Setor de Bolsa de Estudo.

Art. 10 A inscrição resulta na total aceitação das normas contidas neste Edital e no Acordo Coletivo de Trabalho/2020 celebrado entre a FESO e o SES.

Título III

Da Matrícula

Art. 11 O empregado ou dependente aprovado deverá efetuar a sua matrícula ou rematrícula, de acordo com o cronograma estabelecido pela FESO.

Título IV

Disposições Finais

Art. 12 Casos omissos neste Edital serão avaliados pelo Conselho Diretor da FESO.

Art. 13 O empregado ou dependente poderá dirimir dúvidas junto ao Setor de Bolsa de Estudo pelo telefone (21) 2641-7076 ou pelo e-mail bolsadeestudo@feso.edu.br.



Teresópolis, 09 de novembro de 2020.

Prof. Luis Eduardo Possidente Tostes
Diretor Geral da FESO

BOLSA DE ESTUDO

A	B	C
---	---	---

Curso: _____ Semestre: _____ Ano: _____

DADOS PESSOAIS:	
Nome:	_____
CPF: _____ - Estado Civil: _____	Data de Nasc.: ____/____/____
Tel.: (____) _____	E-mail: _____
INFORMAÇÕES ADICIONAIS:	
FUNCIONÁRIO E/OU DEPENDENTE – FESO:	
Nome do funcionário (a) da FESO:	_____
Função: _____	Grau de parentesco: _____
FONTES DE RENDA MENSAL:	
RENDA FAMILIAR (soma de toda a RENDA BRUTA da família no mês):	R\$ _____
GRUPO FAMILIAR (quantidade TOTAL de pessoas):	_____
RENDA FAMILIAR PER CAPITA: (divisão da RENDA FAMILIAR pelo GRUPO FAMILIAR)	R\$ _____

Declaro para fins de comprovação que tais dados são verídicos. Estando ciente que este formulário não será analisado caso não esteja totalmente preenchido.

Teresópolis, ____/____/____

Assinatura do estudante ou responsável

CURSO: _____

FUNCIONÁRIO DEPENDENTE

DADOS PESSOAIS:

NOME: _____ CPF: _____

ENDEREÇO: _____

EMAIL: _____ Tel. _____

OCUPAÇÃO PROFISSIONAL:

EMPRESA: _____ FUNÇÃO: _____ R\$(bruto) _____

DEPENDENTES: SIM NÃO QUANT: _____ PENSÃO: SIM NÃO VALOR R\$ _____

GRUPO FAMILIAR (informar os dados de todos):

NOME: _____ CPF: _____ GRAU DE PARENTESCO: _____

EMPRESA: _____ FUNÇÃO: _____ R\$(bruto) _____

NOME: _____ CPF: _____ GRAU DE PARENTESCO: _____

EMPRESA: _____ FUNÇÃO: _____ R\$(bruto) _____

NOME: _____ CPF: _____ GRAU DE PARENTESCO: _____

EMPRESA: _____ FUNÇÃO: _____ R\$(bruto) _____

NOME: _____ CPF: _____ GRAU DE PARENTESCO: _____

EMPRESA: _____ FUNÇÃO: _____ R\$(bruto) _____

NOME: _____ CPF: _____ GRAU DE PARENTESCO: _____

EMPRESA: _____ FUNÇÃO: _____ R\$(bruto) _____

PATRIMÔNIO:

RESIDÊNCIA: PRÓPRIA ALUGADA R\$ _____ CEDIDA POR _____

DESCRIÇÃO (Quant): QUARTO SALA COZINHA COPA BANHEIRO GARAGEM P/ CARROS

VEÍCULO AUTOMOTOR: MODELO: _____ ANO: _____

MODELO: _____ ANO: _____

FONTES DE RENDA MENSAL:

RENDA FAMILIAR (soma de toda a RENDA BRUTA da família no mês): R\$ _____

GRUPO FAMILIAR (Quantidade TOTAL de pessoas): _____

RENDA FAMILIAR PER CAPITA (divisão da RENDA FAMILIAR pelo GRUPO FAMILIAR): R\$ _____

OBSERVAÇÕES:

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA (CÓPIA LEGÍVEL):

- Carta de Associado ao Sindicato SES (original).
- Declaração de IRPF (completa), acompanhada do Recibo de Entrega.
- Declaração de Isenção de IRPF (modelo no site).
- Contracheque FESO (atual).
- Certidão de nascimento ou casamento. Quando for o caso, declaração de união estável.
- Comprovante de residência (atual).

Declaro que tais dados são verídicos. Estando ciente que este formulário somente será analisado caso esteja totalmente preenchido e com toda documentação exigida. A atualização será efetuada anualmente ou quando necessário e a não entrega resulta na imediata exclusão do benefício.

_____/_____/_____

Assinatura do estudante ou responsável

DESPACHOS:

L/C: ____/____/_____ a _____ (_____) _____ % _____ **A**

Alterada: ____/____/_____ a _____ (_____) _____ % _____ **B**

Cancelada: ____/____/_____ **C**