|  |
| --- |
| **AGRUPAMENTO DE ESCOLAS JOAQUIM DE ARAÚJO (152559)** |
|

|  |
| --- |
| Data de Entrada |
| / /2020 |
| O Assistente Técnico, |
|  |

*Rua 3 de Março, 4560-162-Guilhufe:* Tel:255 *724098/9 Fax: 255 724100: Email: esjapsec@gmail.com* **ACÇÃO SOCIAL ESCOLAR** **AUXÍLIOS ECONÓMICOS** SUBSÍDIO ESTUDO/ISENÇÃO DE PROPINAS |
| **ANO LECTIVO 2020/21** |
| **Nº Processo** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome aluno(a) |  |
| Nascido a |  | natural da freguesia de  |  |  |
| Concelho de |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ano que frequenta |  | Turma |  | N.º |  | Ano a frequentar |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pai |  | Contacto: |  |
| Mãe |  | Contacto: |  |
| Morada |  | Código Postal |  | - |  |
| Nº pessoas agregado familiar |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Encarregado de Educação |  |
| Contacto: |  |
| Telf./Telm. |  | E-mail |  |

*Comprometo-me a entregar:*

1. ***Declaração emitida pela Segurança Social ou pelo serviço processador, na qual conste o escalão de abono de família atribuído ao aluno/a.***
2. ***Declaração passada pelo Centro de Emprego, no caso de o Pai e/ou a Mãe estar(em) desempregados (s) há pelo menos de 3 meses.***
3. ***Declaração do Abono por deficiência permanente.***

|  |  |
| --- | --- |
| Assinatura encarregado de educação |  |
| Assinatura do aluno |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Penafiel, |  | de |  | de 2020 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Escalão de Abono |  |  |  | Autorizo / Não autorizo |
| Escalão ASE |  |  |  | Falta Documentos |
| Penafiel, |  | / |  | /2020 |  | Data |  | / |  | /2020 |
| O Responsável do Sector |  | A Diretora |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº Processo: |  |  | Penafiel, |  | de |  | de 2020 |