**ANEXO I**

**FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DO “PROGRAMA AUXÍLIO AO ATLETA GONÇALENSE”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ATLETA ( ) | | | | | PARATLETA ( ) | | | |
| 1. IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE | | | | | | | | |
| Nome completo: | | | | | | | | |
| Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | | | | | | Nacionalidade: | | |
| RG/Órgão Expedidor: | | | | | | CPF: | | |
| Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino | | | | | | | | |
| Estado Civil: | | Escolaridade: | | | | | | |
| Filiação: | Pai: | | | | | | | |
| Mãe: | | | | | | | |
| Endereço: | | | | | | | | |
| Cidade/UF: | | | | | | CEP: | | |
| Tempo de residência no município: | | | | | | | | |
| Telefone fixo: | | | | | | Telefone celular: | | |
| E-mail: | | | | | | | | |
| Instagran: | | | | | | Facebook: | | |
| Recebe Bolsa Atleta? Sim ( ) Não ( ) | | | | | | | | |
| Possui contrato formal de trabalho com a entidade desportiva? ( )Sim ( )Não | | | | | | | | |
| 1.1 IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL (CASO ATLETA MENOR DE IDADE) | | | | | | | | |
| Nome completo: | | | | | | | | |
| Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | | | | | | Nacionalidade: | | |
| RG/Órgão Expedidor: | | | | | | CPF: | | |
| E-mail: | | | | | | Telefone(s): | | |
| Instagran: | | | | | | Facebook: | | |
| 2. ENTIDADE DESPORTIVA A QUAL ESTÁ VINCULADO (A) | | | | | | | | |
| Nome da Entidade: | | | | | | | | |
| CNPJ: | | | | | | Telefone: | | |
| Endereço: | | | | | | | | |
| Cidade/UF: | | | | | | CEP: | | |
| E-mail: | | | | | | | | |
| Nº de registro do atleta/paratleta na entidade: | | | | | | | | |
| 3. IDENTIFICAÇÃO DA COMPETIÇÃO | | | | | | | | |
| Modalidade: | | | | Categoria: | | | | |
| Local (Cidade/UF): | | | | Data: | | | | |
| Realização: *(quem está realizando o evento*) | | | | | | | | |
| 4. QUAL A RELEVÂNCIA, PARA O MUNICÍPIO, DE SUA PARTICIPAÇÃO NESTE EVENTO? | | | | | | | | |
| *(Justifique porque sua participação é importante para o Município)* | | | | | | | | |
| 5. AUXÍLIO | | | | | | | | |
| Tipo de Auxílio | | | | | | | Valor R$ | |
| Transporte: ( )Sim ( )Não | | | | | | |  | |
| Hospedagem: ( )Sim ( )Não  Se sim, quantas diárias?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |  | |
| Alimentação: ( )Sim ( )Não | | | | | | |  | |
| Uniforme: | | | | | | |  | |
| Taxa de Inscrição: ( )Sim ( )Não | | | | | | |  | |
| TOTAL | | | | | | |  | |
| 8. DADOS BANCÁRIOS | | | | | | | | |
| Banco: | | | Agência: | | | | | Conta: |
| Nome completo do titular da conta: | | | | | | | | |
| CPF: | | | | RG: | | | | |

São Gonçalo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Requerente ou do (a)

Responsável Legal (caso atleta menor de idade)