MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA REITORIA
PRÓ-REITORIA DE ENSINO

ANEXO V

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA		
CURSO:		
( ) Téc. Subsequente ( ) Téc. Integrado ( ) Superior/Graduação		ANO/SEMESTRE DE INGRESSO: _____/___
DADOS DO ESTUDANTE		
NOME:		
NOME SOCIAL (SE FOR O CASO)**:**		
CPF:	**RG:**	**ÓRG. EXP RG/UF:**
CIDADE/UF DE NASCIMENTO:	**NACIONALIDADE:**	
COR/RAÇA: ( ) AMARELO ( ) BRANCO ( ) INDÍGENA ( ) PARDO ( ) PRETO ( ) NÃO DECLARAR		
Possui deficiência ou necessidades específicas? ( ) NÃO ( ) SIM. QUAL? ( ) Dislexia ( ) Altas habilidades/superdotação ( ) Deficiência auditiva ( ) Deficiência intelectual ( ) Deficiência visual (cegueira ou baixa visão) ( ) Surdocegueira (deficiência auditiva e visual) ( ) Deficiência múltipla (associação de duas ou mais) ( ) Deficiência física ( ) Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD)/Transtorno do Espectro Autista (TEA) ( ) Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) Outras necessidades (especificar):_____		
Realizava Atendimento Educacional Especializado? ( ) NÃO ( ) SIM		
ESTADO CIVIL: ( ) Solteiro ( ) Casado ( )Viúvo ( ) União estável ( ) Divorciado ( ) Separado		
FILIAÇÃO		
MÃE:	**PAI:**	
CONCLUSÃO DO ENSINO MÉDIO		
NOME DA ESCOLA:		
( ) PÚBLICA ( ) PRIVADA **ANO DE CONCLUSÃO:**		

ENDEREÇO RESIDENCIAL		
RUA:	**Nº:**	**COMPLEMENTO:**
BAIRRO:	**MUNICÍPIO/UF:**	
CEP:		
CONTATOS		
TELEFONE:	**E-MAIL:**	
NOME E TELEFONE DO RESPONSÁVEL (para menores de idade)**:**		
RENDA		

Obs.: a renda familiar per capita corresponde à renda mensal total do grupo familiar dividida pelo número de seus integrantes.

RENDA FAMILIAR PER CAPITA (POR PESSOA DA FAMÍLIA)

( ) Entre R$ 0,00 e R$ 810,50 (RFP ≤ 0,5 salário mínimo).
( ) De R$ 810,51 a R$ 1.621,00 (0,5 < RFP ≤ 1 salário mínimo).
( ) De R$ 1.621,01 a R$ 2.431,50 (1 < RFP ≤ 1,5 salário mínimo).
( ) De R$ 2.431,51 a R$ 4.052,50 (1,5 < RFP ≤ 2,5 salários mínimos).
( ) De R$ 4.052,51 a R$ 5.673,50 (2,5 < RFP ≤ 3,5 salários mínimos).
( ) Maior que R$ 5.673,50 (RFP > 3,5 salários mínimos).

Nº de pessoas na família: _____

AO ENVIAR ESTE DOCUMENTO:
- AUTORIZO O INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA, PESSOA JURÍDICA DE DIREITO PÚBLICO, A USAR MINHA IMAGEM E VOZ, EM DECORRÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO REALIZADAS POR ESTA INSTITUIÇÃO DE ENSINO;
- DECLARO CIÊNCIA DE QUE, CASO NÃO FREQUENTE, SEM JUSTIFICATIVA, OS 5 (CINCO) PRIMEIROS DIAS CONSECUTIVOS DE AULA, SEREI CONSIDERADO DESISTENTE E TEREI MINHA MATRÍCULA AUTOMATICAMENTE CANCELADA;
- DECLARO QUE ESTOU QUITE COM A JUSTIÇA ELEITORAL (PARA MAIORES DE 18 ANOS);
- DECLARO QUE ESTOU QUITE COM O SERVIÇO MILITAR OU ALISTAMENTO MILITAR (PARA CANDIDATOS BRASILEIROS DO SEXO MASCULINO ENTRE 18 E 45 ANOS);
- DECLARO QUE OS DOCUMENTOS ENVIADOS NO ATO DE INSCRIÇÃO SÃO VERDADEIROS E ASSUMO A INTEIRA RESPONSABILIDADE SOBRE ELES, ESTANDO CIENTE DE QUE, CASO DETECTADA INVERACIDADE NAS INFORMAÇÕES PRESTADAS, ESTAREI SUJEITO ÀS SANÇÕES LEGAIS APLICÁVEIS.

Data: / /

_____
Assinatura do candidato

Caso o candidato seja menor de idade:

Nome do responsável: _____ Assinatura: _____