Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal Catarinense

MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
POLO BLUMENAU

PROFEPT
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA

INSTITUTO FEDERAL
Catarinense

FORMULÁRIO DE MATRÍCULA

CAMPOS EXCLUSIVOS PARA PREENCHIMENTO PELO IFC

FOTO	FORMA DE INGRESSO / AÇÃO AFIRMATIVA ( ) Ampla Concorrência | ( ) Ação Afirmativa Modalidade de Ingresso_____ CHAMADA: _____	Ano de Ingresso: _____
	NÚMERO DA MATRÍCULA (SISTEMA SIGAA) _____	

1 – DADOS PESSOAIS

CPF

									-		

NOME CIVIL

NOME SOCIAL

E-MAIL DO ALUNO

2. DADOS DOS PAIS

NOME DA MÃE

NOME DO PAI

3. INFORMAÇ.ÕES DO ALUNO

DATA NASCIMENTO
____/____/_____

ESTADO CIVIL

GÊNERO
( ) MASC. ( ) FEM. ( ) NÃO DECLARADO

4. RAÇA

( ) Amarelo (de origem oriental) | ( ) Branco | ( ) Indígena | ( ) Negro | ( ) Pardo |
( ) Remanescente de quilombo | ( ) Não Informado

5. ENSINO MÉDIO:

ESCOLA DE CONCLUSÃO DO ENSINO MÉDIO

Concluiu em escola: ( ) Pública ( ) Privada Ano de conclusão do ensino médio: _____

6. OUTROS DADOS

POSSUI ALGUM TIPO DE NECESSIDADE ESPECIAL? ( ) Sim ( ) Não | Se sim, qual? _____

Tipo Sanguíneo _____

OBS. Dados sobre saúde do aluno serão preenchidos em formulário próprio – DECLARAÇÃO DE SAÚDE

7. NATURALIDADE

PAÍS UF

MUNICÍPIO

NACIONALIDADE

8. DOCUMENTAÇÃO

RG ORG. EMISSOR / UF DATA DE EMISSÃO _____/____/_____

TÍTULO DE ELEITOR ZONA SEÇÃO

UF

---------- **EXCLUSIVO PARA OS ALUNOS DO SEXO MASCULINO** ----------

CERTIFICADO DE ALISTAMENTO MILITAR / CARTEIRA DE RESERVISTA

9. ENDEREÇO

LOGRADOURO (Rua, Av., etc.) NÚMERO

COMPLEMENTO BAIRRO

CIDADE ESTADO CEP -

Observação sobre o endereço:

_____

10. CONTATO

TELEFONE RESIDENCIAL	CELULAR DO ALUNO	OUTRO CONTATO
( )	( )	( )

11. DADOS BANCÁRIOS

BANCO:

AGÊNCIA

CONTA CORRENTE

OPERAÇÃO:

12. GRADUAÇÃO

INSTITUIÇÃO DE CONCLUSÃO

CURSO:

GRAU ACADÊMICO: ( ) BACHARELADO ( ) LICENCIATURA ( ) TECNÓLOGO

TURNO EM QUE CURSOU A GRADUAÇÃO: _____

ANO E PERÍODO DE CONCLUSÃO (ANO/SEMESTRE)

DECLARAÇÃO

Declaro que, ao efetuar a matrícula, estou ciente do dever de **cumprir todas as normas e regimentos internos do Instituto Federal Catarinense** e demais institutos legais***.**

_____(SC), _____ de _____ de _____.

_____
Assinatura do(a) aluno(a)

Servidor responsável pela conferência da documentação: _____

(carimbo e assinatura)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Eu,_____ **AUTORIZO** o uso de minha imagem em todo e qualquer material entre fotos e documentos, para ser utilizada em campanhas promocionais e institucional pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Catarinense, para serem essas destinadas à divulgação ao público em geral. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, das seguintes formas: (I) *outdoor*; (II) *busdoor*; folhetos em geral (encartes, mala direta, catálogo, etc.); (III) folder de apresentação; (IV) anúncios em revistas e jornais; (V) *homepage*; (VI) cartazes; (VII) *backlight*; (VIII) mídia eletrônica (painéis, *videotapes*, televisão, cinema, programa para rádio, entre outros).

_____
Assinatura

_____(SC), _____ de _____ de _____.

TERMO DE RESPONSABILIDADE POR DANOS MATERIAIS

Eu, _____ **DECLARO** assumir total responsabilidade por qualquer dano que vier a causar por dolo ou culpa ao patrimônio do Instituto Federal Catarinense e comprometo-me a reparar financeiramente, tão logo forem feitas as apurações necessárias.

_____
Assinatura

_____(SC), _____ de _____ de _____.

Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal Catarinense

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

ALUNO

1. APRESENTA PROBLEMAS DE SAÚDE? ( ) Sim ( ) Não
(Ex.: Diabetes, doenças cardíacas, alergias, acompanhamento psicólogo e/ou psiquiátrico, outros)

Se sim, qual?
_____

OBS.: Em caso de existência da documentação comprobatória do problema de saúde, o aluno ou seu responsável legal, se responsabiliza pela entrega de cópias destes documentos (na Secretaria e no Núcleo de Atendimento a Pessoas com Necessidades Específicas (NAPNE), no prazo de 15 dias a contar da matrícula.

2. APRESENTA ALGUMA NECESSIDADE ESPECÍFICA? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, indique qual:

( ) Baixa visão
( ) Cegueira
( ) Deficiência auditiva
( ) Surdez
( ) Surdocegueira
( ) Deficiência física
( ) Deficiência intelectual
( ) Deficiência múltipla
( ) Utiliza óculos, mas não precisa atendimento específico
( ) Outras - Especifique: _____

3. APRESENTA TRANSTORNO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, indique qual:

( ) Autismo
( ) Síndrome de Rett
( ) Síndrome de Asperger
( ) Transtorno desintegrativo da infância
( ) TDA – Transtorno de déficit de atenção
( ) TDAH – Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade
( ) Outros - Especifique: _____

4. UTILIZA ALGUM MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual? _____

5. APRESENTA ALTAS HABILIDADES/SUPERDOTAÇÃO? ( ) Sim ( ) Não

Declaro serem verdadeiras as afirmações acima.

_____
Assinatura do(a) aluno(a)