**ANEXO VII**

**REQUERIMENTO DE MATRÍCULA**

(Preencher sem abreviaturas com os dados do candidato)

**Coordenação de Registros Acadêmicos (CRA)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Eu:** | Data de Nasc.: / / |
| Nome social: | Naturalidade: |
| Cor/raça: ( ) Amarela ( ) Branca ( ) Indígena ( ) Parda ( ) Preta | Nacionalidade: |
| Endereço: | Nº: | Complemento: |
| Bairro: | CEP: |
| Cidade/Estado: | Procedência: ( ) Urbana ( ) Rural | Sexo: ( ) M ( ) F |
| Com quem reside: ( ) Pais ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Cônjuge ( ) Outros, especificar: |
| CPF: | Celular: | Telefone fixo: | Grau de Instrução: |
| Profissão: | Estado Civil: | N.º de filhos: | Tipo Sanguíneo: |
| Renda per capita familiar (renda total da família dividida pelo nº de pessoas dessa família):( ) 0<RFP<=0,5 ( ) 0,5<RFP<=1( ) 1,0<RFP<=1,5 ( ) 1,5<RFP<=2,5 ( ) 2,5<RFP<=3,5 ( ) RFP>3,5 |
| E-mail: |  |
| Nome da mãe: | Tel.: |
| Nome do pai: | Tel.: |
| E-mail da mãe: |
| E-mail do pai: |
| Responsável pelo aluno: Grau de parentesco: |
| E-mail do responsável: | CPF: |
| Endereço, se diferente do aluno: | Nº: | Complemento: |
| Bairro: | CEP: |
| Cidade: | Estado: | Tel.: |
| Procedência: ( ) Urbana ( ) Rural |

|  |
| --- |
| Aluno beneficiário do Programa Bolsa Família: ( ) Sim ( ) Não |
| Assinale o tipo de vaga:( ) Ampla concorrência (AC) (16 vagas)( ) Pessoa com deficiência (PcD) (2 vagas)( ) Pretos, Pardos e Indígenas (PPI) (7 vagas) |
| Necessidades específicas: ( ) Deficiência Visual - Cegueira ou Baixa Visão\* ( ) Deficiência Auditiva -Surdez ou Baixa Audição\* ( ) Deficiência Física ( ) Deficiência Intelectual ( ) Deficiência Múltipla ( ) Transtornos Globais do Desenvolvimento\* ( ) Altas habilidades/ Superdotação.\*Especificar: |
| Venho requerer matrícula para o Curso |  |

A confirmação da matrícula está condicionada a análise e aprovação da documentação comprobatória, prevista no Edital

 , de de 2024

Assinatura do (a) aluno(a)