



Ministério da Educação
Instituto Federal do Espírito Santo
Campus Cariacica

ANEXO 11 – REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

(Preencher sem abreviaturas com os dados do candidato)

À Coordenadoria de Registros Acadêmicos:

Nome civil:		Data de Nasc.:	
Nome social:		Naturalidade:	
Etnia: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Outra:		Nacionalidade:	
Endereço:		Nº:	
Bairro:		CEP:	
Cidade:		Estado:	
Número de pessoas que residem na mesma casa, incluindo o(a) candidato(a):		Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Com quem reside: <input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Outros. Especificar:			
Telefone fixo:		Estado Civil:	
Celular:		N.º de filhos:	
Profissão:		Tipo Sanguíneo:	
Necessidades específicas: <input type="checkbox"/> Deficiência Visual – Cegueira ou Baixa Visão ou Visão Monocular* <input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva – Surdez ou Baixa Audição* <input type="checkbox"/> Transtornos Globais do Desenvolvimento* <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência Múltipla <input type="checkbox"/> Altas habilidades/ Superdotação.			
*Especificar: _____			
E-mail do(a) estudante: _____			
Indique um contato para casos em que houver emergência – para candidatos menores indicar o responsável legal.			
Nome:		Grau de parentesco:	
Telefone fixo:		Celular:	
Email: _____			
Renda per capita familiar em salários-mínimos - SM (renda total da família dividida pelo número de pessoas da família): <input type="checkbox"/> 0<RFP<=0,5 SM <input type="checkbox"/> 0,5<RFP<=1 SM <input type="checkbox"/> 1,0<RFP<=1,5 SM <input type="checkbox"/> 1,5<RFP<=2,5 SM <input type="checkbox"/> 2,5<RFP<=3,5 SM <input type="checkbox"/> RFP>3,5 SM			
Qual o tipo de vaga concorrida? <input type="checkbox"/> LB_PPI <input type="checkbox"/> LBQ <input type="checkbox"/> LBPCD <input type="checkbox"/> LBEP <input type="checkbox"/> LIPPI <input type="checkbox"/> LIQ <input type="checkbox"/> LIPCD <input type="checkbox"/> LIEP <input type="checkbox"/> AC			
Venho requerer matrícula para o Curso de _____			

Declaro que li e concordo com o Termo de Consentimento de uso de Dados; e

Estou ciente de que a omissão ou a apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes, podem provocar o cancelamento de minha matrícula ou curso, a qualquer tempo; e

Que conforme a Lei 12.089 É proibido uma mesma pessoa ocupar, na condição de estudante, simultaneamente, no curso de graduação, 2 (duas) vagas, no mesmo curso ou em cursos diferentes em uma ou mais de uma instituição pública de ensino superior em todo o território nacional; e

Que a confirmação da matrícula está condicionada a análise e aprovação da documentação comprobatória e autorizo ao IFES a averiguar as informações fornecidas. Por ser expressão da verdade, firmo e assino a presente para que a mesma produza seus efeitos legais e de direito, e estou ciente de que responderei legalmente pelas informações prestadas.

Cariacica – ES, _____ de _____ de _____.

Assinatura do candidato maior ou responsável legal -
Permite assinatura eletrônica (gov.br) ou conforme o documento de identificação apresentado.