



Ministério da Educação
Instituto Federal do Espírito Santo
Campus Cariacica

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

(Preencher sem abreviaturas com os dados do candidato)

À Coordenadoria de Registros Acadêmicos:

Nome civil:	<input type="text"/>	Data de Nasc.:	<input type="text"/>
Nome social:	<input type="text"/>	Naturalidade:	<input type="text"/>
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: <input type="text"/>		
Endereço:	<input type="text"/>	Nº:	<input type="text"/>
Bairro:	<input type="text"/>	CEP:	<input type="text"/>
Cidade:	<input type="text"/>	Estado:	<input type="text"/>
Número de pessoas que residem na mesma casa, incluindo o(a) candidato(a):	<input type="text"/>	Grau de Instrução:	<input type="text"/>
Com quem reside: <input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Outros. Especificar:	<input type="text"/>		
Telefone fixo:	<input type="text"/>	Celular:	<input type="text"/>
Profissão:	<input type="text"/>	Estado Civil:	<input type="text"/>
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.	Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
*Especificar:	<input type="text"/>		
Profissão:	<input type="text"/>	Tipo Sanguíneo:	<input type="text"/>
E-mail do(a) estudante: <input type="text"/>			
Indique um contato para casos em que houver emergência			
Nome:	<input type="text"/>	Grau de parentesco:	<input type="text"/>
Telefone fixo:	<input type="text"/>	Celular:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>		
Renda per capita familiar em salários-mínimos - SM (renda total da família dividida pelo número de pessoas dessa 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"/> Transferência externa facultativa <input type="checkbox"/> Novo curso			
Venho requerer matrícula para o Curso <input type="text"/>			

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações fornecidas no momento da inscrição on-line, bem como os documentos apresentados para fins de comprovação são autênticas e integralmente verídicas.

Declaro ainda, estar 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 a confirmação da matrícula está a cargo da CRA - Coordenadoria de Registros Acadêmicos 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.

Cariacica – ES, de de 2024.

Assinatura do(a) aluno(a), se maior, ou responsável legal