**ANEXO I**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IFRO 10 | **COORDENAÇÃO DE REGISTROS ACADÊMICOS*****CAMPUS* CACOAL** |  |
| **FICHA DE MATRÍCULA** |
| **CURSO:****FORMAÇÃO CONTINUADA PRÁTICA EM MÚSICA POPULAR** | **INGRESSO:****2018** |
| **DADOS PESSOAIS** |
| NOME COMPLETO: |
| NACIONALIDADE: | NATURALIDADE: |
| DATA DE NASCIMENTO: | SEXO: |
| RG: | ÓRGÃO EXPEDIDOR: | DATA DE EXPEDIÇÃO: \_/ /  |
| CPF: | TÍTULO DE ELEITOR: ZONA: SEÇÃO: |
| **DADOS PARA CONTATO** |
| ENDEREÇO COMPLETO: |
| MUNICÍPIO: | UF: | CEP: |
| CELULAR PESSOAL | TELEFONE RESIDENCIAL: | EM CASO DE EMERGÊNCIA AVISAR: |
| E-MAIL: |
| **DADOS SOCIOECONÔMICOS** |
| SITUAÇÃO DE TRABALHO |
| Desempregada |  | Profissional Liberal |  | Empregada |  | Aposentada |  |
| SITUAÇÃO FAMILIAR |
| Arrimo de Família |  | Compõe a renda |  | Dependente |  |
| Local de trabalho: |
| Profissão/Ocupação: |
| Telefone do Trabalho: | Renda bruta familiar (em salários mínimos): |
| Quantidade de pessoas da família que moram na mesma casa: |
| Quantidade de filhos (se tiver): | Tem dependente além dos filhos? Quantos? |

|  |
| --- |
| **DADOS RELACIONADOS À SAÚDE** |
| Tipagem sanguínea | A+ | B+ | A- | B- | AB+ | AB- | AB- | O+ | O- |
| Alergia (alimentos, medicamentos, produtos químicos...):  |
| Necessidades especiais: |
| Baixa visão | Cegueira | Surdez | Deficiência auditiva | Surdo/cegueira | Outros: |
|  |  |  |  |  |
| **OUTROS DADOS** |
| Estudou em: | Sempre em escola pública |  | Maior parte em escola pública. |  | Escola particular |  |
| Outros: |
| **GRAU DE ESCOLARIDADE** |
| ( ) Alfabetização | ( ) Fundamental completo | ( ) Fundamental incompleto até a série: |
| ( ) Médio completo | ( ) Médio incompleto até a série: | ( ) Superior completo | ( ) Superior incompleto até: |
| **DOCUMENTOS ENTREGUES** |
| Comprovante de residência: |
| Fotocópia e original da Carteira de Identidade: |
| Fotocópia e original do Cadastro de Pessoa Física CPF: |
| 1 foto 3x4: |
|  |
| **OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES** |
| Observações: |
| RG do/da procurador/procuradora |
| CPF do/da procurador/procuradora |
| Declaro que as informações constantes neste formulário e documentos entregues são verdadeiras, estandociente de que se faltar com a veracidade estarei sob pena de invalidação da matrícula ou de permanência no curso a qualquer tempo. Declaro também que disponho de tempo para a realização do curso que estou me comprometendo a realizar.Cacoal/RO, / \_/  |
|  |  |
| Rubrica do responsável pela matrícula Assinatura (por extenso) do (a) aluno (a) ou procurador (a) |

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO (PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO IFRO)**

NOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SERVIDOR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATA\_\_/\_\_/\_\_HORA\_\_:\_\_