**EDITAL Nº 19/2023/SMG- CGAB/IFRO, DE 14 DE AGOSTO DE 2024**

**PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO**

**ANEXO I - FORMULÁRIO PARA INSCRIÇÃO PROFESSOR SUBSTITUTO**

(preenchimento exclusivo via formulário online conforme item 4.4, não sendo necessário digitalizar pois já é o próprio formulário eletrônico)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome do candidato:** | |
| **Nome Social** (Decreto 8.727/2016): | |
| **Nome da mãe:** | |
| **Sexo:** | |
| **Data de Nascimento:** | |
| **Registro Geral (RG): Nº                          Órgão expedidor:                  Data de expedição:** | |
| **CPF:** | |
| **Telefone (     )** | **E-mail:** |
| **Endereço:** | |
| **Cargo Pretendido: Professor Substituto de ADMINISTRAÇÃO - 40 hrs semanais** | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_,  \_\_\_\_ de junho de 2024.                                                                                                (Cidade/UF)  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Candidato | |

**ANEXO II - REQUERIMENTO DE INCLUSÃO E USO DO NOME SOCIAL**

|  |
| --- |
| **Em conformidade com o Decreto nº 8.727, de 28/4/2016, a pessoa transexual ou travesti poderá solicitar a inclusão e uso do nome social nos registros dos sistemas de informações e documentos oficiais.** |
| Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Órgão Expedidor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, data de expedição \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, endereço  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefone celular (com DDD) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefone fixo (com DDD) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **SOLICITO** a inclusão e uso do Nome Social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
| **IMPORTANTE:**  1. Ao assinar este Requerimento, o candidato declara sua expressa concordância em relação ao enquadramento de sua situação.  2. As informações aqui prestadas são de inteira responsabilidade do candidato, que poderá responder judicialmente em caso de apresentação de dados comprovadamente falsos.  3. Declara ainda estar ciente que informações prestadas e que não correspondam à verdade dos fatos implicarão no cancelamento da inscrição, em caso de aprovação, e instauração do correspondente processo, conforme o Art. 299 do Código Penal. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_,  \_\_\_\_ de junho de 2024.                                                                                                (Cidade/UF) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Candidato |

**ANEXO III - CURRÍCULO PADRÃO IFRO PARA PROFESSOR SUBSTITUTO**

**1. DADOS PESSOAIS:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. Nome​** (completo e sem abreviações)**:** | | |
| **1.1 Nome Social​** (nos termos do Decreto nº 8.727/2016)**:** | | |
| **2. Endereço​:** | | |
| **3. Telefone​ Celular (com DDD):** | | |
| **4. E-mail:** | | |
| **5. Data de​ Nascimento:** | **6. Naturalidade​:** | |
| **7. Estado Civil:** | **8. Sexo​:** | |
| **9. Nome do Pai:** | | |
| **10. Nome da Mãe​:** | | |
| **11 – Registro Geral (RG):** | **12. Órgão Expedidor​:** | **13. Data de Expedição​:** |
| **14 – CPF/MF**: | | |
| **15 – Cargo Pretendido: PROFESSOR SUBSTITUTO** **DE ADMINISTRAÇÃO** | | |

**2. FORMAÇÃO ACADÊMICA:**

**a) TÍTULO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA (curso superior em nível de graduação, reconhecido pelo Ministério da Educação – MEC):**

|  |  |
| --- | --- |
| **CURSO** |  |
| **INSTITUIÇÃO** |  |

**b) TÍTULOS DE PÓS-GRADUAÇÃO:**

Doutorado/Instituição:

|  |  |
| --- | --- |
| **CURSO** |  |
| **INSTITUIÇÃO** |  |

Mestrado/Instituição:

|  |  |
| --- | --- |
| **CURSO** |  |
| **INSTITUIÇÃO** |  |

Especialização/Instituição:

|  |  |
| --- | --- |
| **CURSO** |  |
| **INSTITUIÇÃO** |  |

**3. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:**

**INFORMAR EM ORDEM CRONOLÓGICA REGRESSIVA, até o máximo de 5 (cinco) anos, o tempo de docência:**

|  |
| --- |
|  |

**4. CURSOS EXTRACURRICULARES:**

**Cursos Extracurriculares com carga horária igual ou superior às 40 (quarenta) horas**

**INFORMAR EM ORDEM CRONOLÓGICA REGRESSIVA, até o máximo de 2 (dois) anos:**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DO CURSO** | **CARGA HORÁRIA** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_ ,  \_\_\_\_ de junho de 2024.

                                                                                         (Cidade/UF)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Candidato

**ANEXO IV - REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL**

Nos termos do Edital nº XX/2024/SMG-CGAB/IFRO, de XX de março de 2024, do Processo Seletivo Simplificado do *Campus*Avançado São Miguel do Guaporé do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia ‒ IFRO, **SOLICITO** a realização da prova de desempenho didático em condições especiais, conforme descritivo que segue:

|  |  |
| --- | --- |
| (     ) | Prova com Ledor |
| (     ) | Prova com Transcritor |
| (     ) | Prova com Intérprete de Libras |
| (     ) | Autorização para uso de aparelho auricular (sujeito à inspeção e aprovação no dia do certame) |
| (     ) | Realização da Prova em Andar Térreo |
| (     ) | Mobiliário adaptado para pessoa com deficiência ‒ PcD/Espaços e locais adaptados |
| (     ) | Outro(s). Detalhar: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_,  \_\_\_\_ de junho de 2024.                                                                                                 (Cidade/UF) | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Candidato | |

**ANEXO V - REQUERIMENTO PARA RECURSO**

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO** | |
| **Candidato:** | |
| **Documento de Identificação (RG):** | **CPF:** |
| **Telefone:** | **E-mail:** |
| **À COMISSÃO DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO** | |
| **O PRESENTE RECURSO REFERE-SE À** | |
| (    )  Homologação de Inscrição | |
| (    )  Prova de Desempenho Didático e Prova de Títulos | |
| (    )  Outros. Especificar | |
| **JUSTIFICATIVA DO CANDIDATO** | |
|  | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_,  \_\_\_\_ de março de 2024.                                                                                                  (Cidade/UF) | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Candidato | |