

RETIFICAÇÃO DO RESULTADO FINAL 1

Instituto Federal de Educação e Tecnologia de Rondônia – IFRO

Campus Colorado do Oeste

Departamento de Extensão – DEPEX

RETIFICAÇÃO DO ANEXO I NO RESULTADO FINAL DO EDITAL DE SELEÇÃO Nº 14/2017/COL - CGAB/IFRO, DE 02 DE OUTUBRO DE 2017

A Diretora Geral do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia - *Campus Colorado do Oeste*, por meio do Departamento de Extensão e do Centro de Idiomas do IFRO *Campus Colorado do Oeste*, retifica:

Onde se lê:

ANEXO I

Declaração de Aptidão de Condições de Saúde Física e Psicológica

Eu,

RG nº. _____.

Declaro para os devidos fins que não possuo qualquer restrição médica (cardíaca, ortopédica, psicológica, etc). Estando saudável para a realização de atividade física de alto impacto.

Colorado do Oeste, ___ de fevereiro de 2017.

Nome por extenso

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr.(a) _____, RG n. _____, encontra-se em boas condições de saúde, estando apto para realizar os testes de avaliação física, para participar do Projeto FIC Arte Circense Básico 1.

Categoria de PA*	PAS (mmHg)	E	PAD (mmHg)	Ações – Informações
N__		e		

*Categoria de PA: N1- Ótimo N2- normal N3- limítrofe N4- hipertensão

Leia-se:

ANEXO I
FICHA DE MATRÍCULA

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE RONDÔNIA

CAMPUS COLORADO DO OESTE

FICHA DE MATRÍCULA – INGLÊS BÁSICO 1

INSCRIÇÃO NÚMERO:

000 _____

Demandante:

Colar foto aqui

DADOS PESSOAIS

Nome Completo:

Nacionalidade:

Religião:

Cidade de Nascimento:

Uf

Data de Nascimento:

Sexo:

CPF:

RG:

Órgão Expedidor:

Expedição:

____/____/____

DADOS PARA CONTATO

Endereço Completo:

Município:

UF:

CEP:

Celular:

Residencial:

Em caso de Emergência avisar:

E-MAIL:

DADOS SOCIOECONÔMICOS

SITUAÇÃO DE TRABALHO

()Desempregado(a) ()Profissional Liberal()Empregado(a) ()Aposentado(a)

SITUAÇÃO FAMILIAR

()Arrimo de Família()Compõe a renda()Dependente

Local de trabalho:

Profissão/Ocupação:

Telefone do Trabalho:

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

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:
-------------	----------	--------	----------------------	----------------	---------

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Comprovante de residência

Foto 3x4 recente (1)

Fotocópia e original da Carteira de Identidade

Fotocópia e original do Cadastro de Pessoa Física CPF

Declaração Escolar ou de Trabalho

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, estando ciente 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.	
Colorado do oeste-RO, ____ / ____ / ____	
Rubrica do(a) responsável pela matrícula	Assinatura (por extenso) do(a) aluno(a) ou procurador(a)



Documento assinado eletronicamente por **Larissa Ferraz Bedor Jardim, Diretor(a) Geral**, em 16/10/2017, às 17:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ifro.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0086095** e o código CRC **DC45601E**.