|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| M:\LOGO CAMPUS\logo_ifro_campus.bmp | | | | | | | | |
|
|
| **MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO** | | | | | | | | |
| **INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE RONDÔNIA** | | | | | | | | |
| **CAMPUS VILHENA**  **FICHA DE MATRÍCULA – 2019/2** | | | | | | | | |
| **CURSO DE IDIOMAS - REMATRÍCULA**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | **ORDEM DE CHEGADA NÚMERO:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Ata:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | Colar foto aqui |
| **DADOS PESSOAIS** | | | | | | | | |
| Nome Completo: | | | | | | | | |
| Nacionalidade: | | | Etnia: | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| ( )Desempregada ( ) Profissional Liberal ( )Empregada ( ) Aposentada | | | | | | | | |
| 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- |
|  |  | |  | |  | | | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | | | |  | |  | | |
| **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: | | | | | | | | | | | | | |
| Certidão de Nascimento ou casamento: | | | | | | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | | | |
|
|
| Vilhena/RO, \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |
| Rubrica do responsável pela matrícula | | | | | | | | Assinatura (por extenso) do aluna ou procurador(a) | | | | | |