# I F R S – C A M P U S P O A – C A D A S T R O D E A L U N O S - T É C N I C O S S U B S E Q U E N T E S

**\*Preencher com letra de forma**

# Nome Completo:

**Nome Social:**

# E-mail: @ Telefone: Cel: Fixo:

**Filiação: Mãe:**

# Pai:

**Sexo:** ( ) Feminino ( ) Masculino **Data de Nascimento: / /**

**Estado Civil:** ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Separado ( ) Viúvo

**Cor/Raça:** ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Indígena **Já estudou em nosso *Campus*?** ( ) Sim ( ) Não

**Naturalidade:** ( ) Porto Alegre ( ) Outra:

**Escolaridade:** ( ) Fundamental ( ) Médio ( ) Superior Incompleto ( ) Superior ( ) Pós Graduação

# Nome da Escola onde concluiu o Ensino Médio:

**Ano de conclusão do Ensino Médio:**

**Origem da Escola do Ensino Médio:** ( ) Particular ( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Federal

**Já concluiu algum curso de nível superior?** ( ) Não ( ) Sim. Qual?

# CPF: - Certificado de Reservista – nº RA

**RG Nº** : **Data de Expedição**: / / **Passaporte nº**

**Órgão Expedidor do RG:** ( ) SSP/RS ( ) SJS/RS ( ) Outro:

# Endereço Residencial: nº compl:

**Bairro: Cidade:** ( ) Porto Alegre ( ) Outra:

**CEP: - Área:** ( ) Urbana ( ) Rural

# Renda Bruta Familiar: Nº de pessoas que dependem dessa renda:

**Necessidades Educacionais Específicas (deficiência ou outra especificidade, com LAUDO MÉDICO):**

( ) Não Possuo ( ) Possuo

Caso sua resposta for “Possuo”, assinale a alternativa que condiz com sua necessidade educacional específica:

# Com direito ao ingresso por Reserva de Vagas Pessoa com Deficiência - PcD

(conforme Decreto 3298/99, Decreto 5296/04 e Lei 12.764/12):

( ) Deficiência Física ( ) Deficiência Auditiva (baixa audição) ( ) Surdez ( ) Baixa Visão ( ) Cegueira

( ) Deficiência Intelectual (Mental) ( ) Surdocegueira ( ) Deficiência Múltipla ( ) Transtorno do Espectro Autista

# Outras especificidades, mas sem direito a Reserva de Vagas Pessoa com Deficiência - PcD

( ) Dislexia ( ) Disgrafia ( ) Disortografia ( ) Discalculia ( ) Dislalia ( ) Altas Habilidades/Superdotação ( ) Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

( ) Outro. Especificar:

**Curso:** Técnico em **Turno:** ( ) M ( ) T ( ) N

# DECLARAÇÃO

Declaro que autorizo o uso de minha imagem, para ser utilizado pelo *campus* Porto Alegre, do IFRS, em qualquer material de divulgação da instituição e de suas atividades aos públicos externo e interno, desde que não haja desvirtuamento da sua finalidade. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo o território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades, inclusive na internet.

**Observação em caso de negativa de autorização, com assinatura do estudante/responsável:**

Declaro que todas as informações prestadas e documentos apresentados são verdadeiros.

Declaro que estou ciente que deverei apresentar os documentos originais os quais deram origem às cópias enviadas por e- mail, quando do retorno das aulas presenciais. Qualquer inconsistência de informação ou de documentação acarretará no cancelamento imediato da matrícula.

Porto Alegre, de de 20 .

# Assinatura do estudante ou responsável

|  |
| --- |
| **CONFERÊNCIA DE DOCUMENTOS (Preenchimento pela CRE - Coordenadoria de Registros Estudantis) Forma de ingresso:** ( ) Transferência Interna ( ) Transferência Externa ( ) Ingresso de Diplomado  **1**.( ) **AU** - Acesso Universal |
| **Todos candidatos:** |
| ( ) Carteira de identidade **ou** documento equivalente – cópia simples |
| ( ) CPF – (se constar no RG não é necessária outra cópia) - cópia simples; |
| ( ) Histórico Escolar do Ensino Médio - cópia simples; |
| ( ) Certificado de Conclusão do Ensino Médio - cópia simples; |
| ( ) Comprovante de quitação com o Serviço Militar - (candidatos do sexo masculino entre 18 a 45 anos)-cópia simples. |