

Requerimento de Matrícula

Dados Pessoais

Nome: _____

Nome Social: _____

Gênero: _____

Estado Civil:

Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
Casado (a)	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>

Data de Nascimento: _____

CPF: _____

ID: _____

Órgão Expedidor: _____

Naturalidade: _____

UF: _____

Nome da Mãe: _____

Nome do Pai: _____

Endereço: _____

Número: _____

Complemento: _____

Bairro: _____

CEP: _____

Cidade: _____

UF: _____

Telefone 1: _____

Telefone 2 - Celular: _____

E-mail: _____

Dados para matrícula

Unidade: _____

Curso: _____

Modalidade

Bacharelado	<input type="checkbox"/>
Licenciatura	<input type="checkbox"/>
Tecnológico	<input type="checkbox"/>
ABI	<input type="checkbox"/>

Turno:

Manhã	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>
Noite	<input type="checkbox"/>
Integral	<input type="checkbox"/>

Forma de Ingresso:

SISU	<input type="checkbox"/>
Vestibular	<input type="checkbox"/>
Reopção	<input type="checkbox"/>
Transferência	<input type="checkbox"/>
Obtenção de Novo Título	<input type="checkbox"/>

Categoria de Ingresso - Procan / Ações Afirmativas

Ampla Concorrência	<input type="checkbox"/>
Categoria I - Declarados negros, de baixa renda egressos de escola pública	<input type="checkbox"/>
Categoria II - Declarados quilombolas, de baixa renda egressos de escola pública	<input type="checkbox"/>
Categoria III - Declarados indígenas, de baixa renda egressos de escola pública	<input type="checkbox"/>
Categoria IV - Declarados ciganos, de baixa renda egressos de escola pública	<input type="checkbox"/>
Categoria V - Baixa renda egressos de escola pública	<input type="checkbox"/>
Categoria VI - Pessoas com deficiência	<input type="checkbox"/>
Critério da Inclusão Regional	<input type="checkbox"/>

Necessidades Especiais:

Não Possui Deficiência	<input type="checkbox"/>
Cegueira	<input type="checkbox"/>
Baixa Visão	<input type="checkbox"/>
Surdez	<input type="checkbox"/>
Auditiva	<input type="checkbox"/>
Física	<input type="checkbox"/>
Surdo - Cegueira	<input type="checkbox"/>
Deficiência Múltipla	<input type="checkbox"/>
Deficiência Mental	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>

Origem do Ensino Médio

Público	<input type="checkbox"/>
Privado	<input type="checkbox"/>

Cor/Raça

Branca	<input type="checkbox"/>
Preta	<input type="checkbox"/>
Parda	<input type="checkbox"/>
Amarela	<input type="checkbox"/>
Indígena	<input type="checkbox"/>
Não declarado	<input type="checkbox"/>

Guarda Religiosa

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

_____, _____ de _____ de 2022

Assinatura do (a) estudante