

IFRS – CAMPUS POA – CADASTRO DE ALUNOS- TÉCNICOS SUBSEQUENTES
Transferências – Ingresso 2021/2

*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 Possui () Possui

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

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.