|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Foto (caso tenha um foto 3X4, cole aqui) |  | FORMULÁRIO DE MATRÍCULA (Ampla Concorrência) | | |
|  |  | Matrícula |  |
|  | Classificação: |
|  | Lista de Classificação: **Ampla Concorrência** | | |
|  | Ocupou vaga distinta da indicada acima? ( ) Não ( ) Sim. Qual? | | |
|  | Curso: | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome (completo e sem abreviações): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mãe: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CPF: | | | | | | | | | |
| Pai: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CPF: | | | | | | | | | |
| Responsável legal (Quando não são os pais): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CPF: | | | | | | | | | |
| Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino | | | | | | | | | | | | | | | | | Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | Nacionalidade: | | | | | | | | | | | | |
| Raça/Cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Amarela ( ) Prefiro não declarar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Se imigrante, você está em situação de refugiado? ( ) Sim | ( ) Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quanto Tempo está no Brasil? É filho de imigrantes? ( ) Sim | ( ) Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pertence e/ou integra grupo/ comunidade tradicional de quilombolas? ( ) Sim | ( ) Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Renda bruta familiar mensal média: R$ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Número de moradores na casa: | | | | | | | | | |
| **DOCUMENTAÇÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Identificação: ( ) RG | ( ) RNE | | | | | | | | | | | | | Número: | | | | | | | | | | | | | | | | Data de expedição: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Órgão Emissor/UF: | | | | | | | | | | | | | Naturalidade: | | | | | | | | | | | | | | | | Estado Civil: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Carteira Reservista: | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Caso o candidato não apresente os comprovantes de regularidade do CPF e Título de Eleitor, o servidor deverá preencher a tabela abaixo após consulta *online* na base de dados do órgão ou entidade responsável pelo documento, conforme art. 2º doDecreto nº 9.094, de 17 de julho de 2017*.* Não sendo possível a emissão do documento, o candidato fará declaração nos termos do § 2º do art. 3º da Lei 13.726, de 8 de outubro de 2018 para posterior consulta pela instituição.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CPF nº: | |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  | | |  | | |  | |  |  | Título: nº |  |  | |  | |  | | |  |  | |  |  |  |  |  | | |  | UF: |
| ( ) Comprovante apresentado.  ( ) CPF **NÃO** regular na data da matrícula.  ( ) CPF regular na data de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) Comprovante apresentado.  ( ) Não tem Título de Eleitor  ( ) **NÃO ESTÁ** quite com a justiça eleitoral na data da matrícula.  ( ) **ESTÁ** quite com a justiça eleitoral em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ENDEREÇO E CONTATO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Endereço: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Complemento: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Bairro: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nº | | | |
| CEP: |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | | Zona:  ( ) Urbana | ( ) Rural | | | | | | Cidade: | | | | | | | | | | | | | | | Estado: | | |
| Celular 1: ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Celular 2: ( ) | | | | | | | | | Telefone: ( ) | | | | | | | | | | | | | |
| *E-mail* do estudante: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *E-mail* dos pais ou responsável legal: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Celular dos pais ou responsável legal: Celular 1: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular 2: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SAÚDE** | | | | | | | | | | | | |
| Possui convênio médico? ( ) Não ( ) Sim Qual? | | | | | | | | | | | | |
| Número da Carteirinha do Convênio: | | | | | | Validade: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | | Número do Cartão do SUS: | | | |
| Peso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kg | | | Altura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_m | | | | | | Tipagem sanguínea: | | | |
| Assinale com um X nas condições que alguma vez tenha apresentado ou que apresente com frequência: | | | | | | | | | | | | |
| ( ) Doença Renal (ou pedra nos rins) | | | | ( ) Asma | | | | ( ) Anemia | | | | ( ) Convulsão |
| ( ) Hemofilia (ou dificuldade de cicatrização) | | | | ( ) Desmaio | | | | ( ) Diabetes | | | | ( ) Enxaqueca |
| ( ) Hipertensão (pressão alta) | | | | ( ) Epilepsia | | | | ( ) Hepatite | | | | ( ) Depressão |
| ( ) Perda da consciência | | | | ( ) Bronquite | | | | ( ) Vômitos | | | | ( ) Náuseas |
| ( ) Sangramento no nariz | | | | ( ) Diarreia | | | | ( ) Gastrite | | | |  |
| ( ) Outras: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| ( ) Alergia: A que? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| No caso de estar **em tratamento** para alguma doençarelate nos espaços abaixo e a medicação em uso: | | | | | | | | | | | | |
| Doença | | | | Remédio | | | Frequência de uso | | | | Uso crônico (contínuo) | |
|  | | | |  | | |  | | | | ( ) Sim ( ) Não | |
|  | | | |  | | |  | | | | ( ) Sim ( ) Não | |
| Deverá fazer uso de alguma medicação durante o período das aulas? Se sim, quais? | | | | | | | | | | | | |
| Em caso de emergência, entrar em contato com: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| Deseja acrescentar outra informação sobre sua saúde ou alguma orientação caso necessite de atendimento médico? | | | | | | | | | | | | |
| Apresenta algum tipo de deficiência, transtorno do espectro autista ou altas habilidades/superdotação?  ( ) Não ( ) Sim. Qual? | | | | | | | | | | | | |
| Se sim, assinale abaixo quais recursos julga necessários. | | | | | | | | | | | | |
| ( ) Auxílio Ledor | | ( ) Leitura Labial | | | ( ) Intérprete de Libras | | | | | ( ) Guia Intérprete | | |
| ( ) Auxílio Transcrição | | ( ) Prova em Braille | | | ( ) Outro | | | | | | | |
| **ESCOLARIDADE – Ensino Fundamental** | | | | | | | | | | | | |
| Ano de Conclusão: | Escola: | | | | | | | | | | | |
| Certificação do Ensino Fundamental por meio de Exame Específico:  ( ) ENCCEJA ( ) Outro (Descrever) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| **ESCOLARIDADE – Ensino Médio** | | | | | | | | | | | | |
| Ano de Conclusão: | Escola: | | | | | | | | | | | |
| Certificação do Ensino Médio por meio de Exame Específico:  ( ) ENEM ( ) ENCCEJA ( ) Outro (Descrever) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DECLARAÇÕES GERAIS** | |
| **1. DECLARO** ter ciência das principais regras referentes à utilização da biblioteca, estabelecidas no Regulamento de Uso das Bibliotecas (Portaria 1.612/2019) e descritas abaixo, e de que posso acessar o Regulamento completo no site da biblioteca do câmpus. Com anuência a referida declaração, comprometo-me a informar alterações dos meus dados cadastrais semestralmente ou quando ocorrerem.   * os materiais podem ser retirados pelos alunos mediante a apresentação de carteirinha estudantil ou documento oficial com foto; * as quantidades de obras disponíveis para empréstimo e os prazos de devolução serão determinados pela biblioteca do câmpus; * o não cumprimento dos prazos por parte dos usuários inscritos na biblioteca implica na suspensão do direito de novos empréstimos e renovações por período determinado; * o usuário é responsável pelo material que estiver em sua posse, comprometendo-se em devolvê-lo no mesmo estado em que o recebeu. * em caso de extravio ou danos, a biblioteca deve ser imediatamente comunicada, e o usuário deve repor a obra extraviada ou danificada.   **2. DECLARO**, para fins de cumprimento da Lei nº 12.089 de 11/11/2009, que **não estou matriculado simultaneamente, em mais de um curso de nível superior em nenhuma Instituição Pública de Ensino Superior em todo o Território Nacional**.  **3. DECLARO**, para fins de cumprimento do Decreto nº 5.493 de 18/07/2005(art.2º,§3º), que **não sou bolsista do PROUNI**.  **4.** **DECLARO** estar ciente e de acordo com o artigo 75, § 1º, da Organização Didática do Ensino Superior, que dispõe: **O cancelamento de matrícula compulsório poderá ser feito por iniciativa da instituição, por questões disciplinares, por evasão, por não efetuar a rematrícula dentro do prazo estipulado, por não comparecimento nos 10 primeiros dias letivos (quando ingressante), ou por não integralização do curso no prazo máximo previsto.** |

|  |
| --- |
| **AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ** |
| Pelo presente instrumento, o Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de São Paulo Câmpus Presidente Epitácio, sediado na Rua José Ramos Júnior, 27-50, poderá divulgar, utilizar e dispor na íntegra ou em partes, para todos os fins cabíveis, inclusive para fins institucionais, educativos, informativos, técnicos e culturais, o meu nome, minha imagem (fotografia e vídeo) e som de voz, sem que isso implique em ônus para esta instituição.  ( ) Autorizo ( ) Não autorizo |

|  |
| --- |
| **TERMO DE REMATRÍCULA ONLINE PARA ESTUDANTE MENOR DE 18 ANOS** |
| Estou ciente do processo de Rematrícula de forma online, que será realizado antes do início de cada período letivo, por meio do sistema acadêmico SUAP e como responsável legal, por meio desse termo:  ( ) **AUTORIZO** o(a) aluno(a) a realizar a sua rematrícula, utilizando o seu usuário e senha no sistema SUAP, e estou ciente que poderei realizar o acompanhamento dos registros acadêmicos através do mesmo sistema, empregando a chave de acesso, que consta no boletim impresso do discente.  ( ) **NÃO AUTORIZO** o(a) aluno(a) a realizar a sua rematrícula, utilizando o seu usuário e senha no sistema SUAP, e estou ciente que terei que comparecer presencialmente ao câmpus em cada período de rematrícula, conforme calendário acadêmico, para realizar o procedimento de rematrícula. |

Estando de acordo com o Regimento Interno desta Instituição e de seus anexos, vem respeitosamente requerer ao Sr. Diretor-geral do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo – IFSP – Câmpus Presidente Epitácio, a matrícula neste Curso.

Nestes termos pede deferimento,

Presidente Epitácio, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) candidato(a) ou responsável legal

|  |
| --- |
| **\*Código Penal** – FALSIDADE IDEOLÓGICA  ***Art. 299****: omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:*  *Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.* |

Fluxo administrativo/educacional: (Uso Exclusivo da Instituição)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Coordenadoria de Registros Acadêmicos:** | Data: | Visto do servidor |
| □ Dados atualizados no SUAP. | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| □ Matriculado(a) no SISTEC. | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| □ Matriculado(a) no SEB. | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| □ Encaminhado(a) ao NAPNE. | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |