

# FORMULÁRIO DE MATRÍCULA (Ampla Concorrência)

|   |  |           |  |
|---|--|-----------|--|
| Foto 3x4 recente<br>(com nome no verso) | <b>Edital n.º 19, de 24 de maio de 2021</b>                      | Matrícula |  |
|   | Classificação: ----  |           |  |
|   | Lista de Classificação: <b>Ampla Concorrência</b>                |           |  |
|   | Ocupou vaga distinta da indicada acima? ( X ) Não ( ) Sim. Qual? |           |  |
|   | Curso:   |           |  |

## IDENTIFICAÇÃO

|  |                                   |  |
|--|-----------------------------------|--|
| Nome (completo e sem abreviações):   |                                   |  |
| Mãe:   |                                   |  |
| Pai:   |                                   |  |
| Responsável legal (Quando não são os pais):  |                                   |  |
| 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 o comprovante de quitação do 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 do Decreto 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.

|   |     |
|---|-----|
| Título de Eleitor n.º:  | UF: |
| ( ) Comprovante apresentado.  |     |
| ( ) Não tem Título de Eleitor   |     |
| ( ) <b>NÃO ESTÁ</b> quite com a justiça eleitoral na data da matrícula. |     |
| ( ) <b>ESTÁ</b> quite com a justiça eleitoral em ___/___/_____.         |     |

Assinatura

## ENDEREÇO E CONTATO

|  |  |                                 |  |                |         |  |               |         |  |
|--|--|---------------------------------|--|----------------|---------|--|---------------|---------|--|
| Endereço:  |  |                                 |  |                |         |  |               |         |  |
| Complemento:   |  |                                 |  |                | Bairro: |  |               | Nº      |  |
| CEP:   |  | Zona:<br>( ) 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:              |  |                                |                                      |
| ( ) Alergia: A que? _____  |  |                                |                                      |
| ( ) Anemia   | ( ) Asma                                       | ( ) Bronquite                  | ( ) Convulsão                        |
| ( ) Depressão  | ( ) Desmaio                                    | ( ) Diabetes                   | ( ) Enxaqueca                        |
| ( ) Epilepsia  | ( ) Hemofilia (ou dificuldade de cicatrização) | ( ) Hepatite                   | ( ) Doença Renal (ou pedra nos rins) |
| ( ) Perda da consciência   | ( ) Sangramento no nariz                       | ( ) Hipertensão (pressão alta) | ( ) Náuseas                          |
| ( ) Vômitos  | ( ) Diarreia                                   | ( ) Gastrite                   |                                      |
| ( ) Outras: _____  |  |                                |                                      |
| No caso de estar <b>em tratamento</b> para alguma doença relate nos espaços abaixo e a medicação em uso:       |  |                                |                                      |
| Doença   | Remédio  | Frequência de uso              | Uso crônico (contínuo)               |
|  |  |                                | ( ) Sim ( ) Não                      |
|  |  |                                | ( ) Sim ( ) Não                      |
| Destes medicamentos, 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                             | ( ) Outro                      |                                      |
| ( ) Auxílio Transcrição  | ( ) Prova em Braille                           |                                |                                      |
| ( ) Intérprete de Libras   | ( ) Guia Intérprete                            |                                |                                      |

### ACESSO A INTERNET

|  |  |         |
|--|--|---------|
| <b>Possui computador (desktop, notebook, netbook) na residência?</b> |  |         |
| ( ) Sim, de uso individual   | ( ) Sim, de uso compartilhado com outras pessoas na residência | ( ) Não |
| <b>Possui celular?</b>   |  |         |
| ( ) Sim, de uso individual   | ( ) Sim, de uso compartilhado com outras pessoas na residência | ( ) Não |
| <b>Possui tablet?</b>  |  |         |
| ( ) Sim, de uso individual   | ( ) Sim, de uso compartilhado com outras pessoas na residência | ( ) Não |
| <b>Possui conexão à internet na residência?</b>                      |  |         |
| ( ) Sim  | ( ) Não  |         |
| <b>Possui plano de internet móvel (3G/4G) no celular ou tablet?</b>  |  |         |
| ( ) Sim  | ( ) Não  |         |

**DADOS DO CENSO**Utiliza transporte público gratuito?      Não |  Sim:  Municipal    Estadual

Tipo de veículo:

**ESCOLARIDADE**

|                                    |                   |         |
|------------------------------------|-------------------|---------|
| Ensino Médio cursado no país       | Ano de conclusão: | Escola: |
| Ensino Fundamental cursado no país | Ano de conclusão: | Escola: |

**DECLARAÇÕES GERAIS**

DECLARO ter ciência das principais regras referentes à utilização da biblioteca, estabelecidas no Regulamento de Uso das Bibliotecas (Portaria 1.279/2016) 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.

DECLARO estar ciente e de acordo com o artigo 37, § 2º, do Regulamento da pós-graduação Lato Sensu, que dispõe: **Serão considerados desistentes os estudantes matriculados que não frequentarem os 15 (quinze) primeiros dias corridos após o início das atividades do calendário acadêmico, sem apresentação de justificativa devidamente comprovada e atestada, a ser analisada pela coordenadoria, com convocação da lista de espera.**

**AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ**

Pelo presente instrumento, o Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de São Paulo Câmpus **Itapetininga**, sediado na **Avenida João Olímpio de Oliveira, 1561 – Vila Asem, Itapetininga-SP**, 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

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 Itapetininga, a matrícula neste Curso. Nestes termos pede deferimento,

Itapetininga, \_\_\_\_\_ 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.