MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

CAMPUS IBATIBA

Avenida 7 de novembro, 40, Centro – 29395-000 – Ibatiba – ES

28 3543-5500

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

(Preencher sem abreviaturas com os dados do aluno)

Eu:			Data de Nasc.:
Nome social:			Naturalidade:
Etnia: ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Indígena ☐ Preta ☐ Outra:			Nacionalidade:
Endereço:	Nº:		Complemento:
Bairro:	CEP:		Procedência: ☐ Urbana ☐ Rural
Cidade:	Estado:		Sexo: ☐ M ☐ F
Quantas pessoas residem na mesma casa, incluir o(a) aluno(a):			Renda Familiar Bruta (salários): R$
Telefone fixo:	Celular:	Estado Civil:	N.º de filhos:
Profissão:			Tipo Sanguíneo:
Grau de Instrução:			
Necessidades específicas: ☐ Sim ☐ Não		Qual (is):	
E-mail:			
Nome do Pai:			
Nome da Mãe:			
Assinale o tipo de vaga concorrida: ☐ **Ampla concorrência**			
☐ **Ação Afirmativa 1:** Preto, Pardo ou Indígena ☐ Outras Etnias ☐ CD ☐ SD ☐			
☐ **Ação Afirmativa 2:** Preto, Pardo ou Indígena ☐ Outras Etnias ☐ CD ☐ SD ☐			
Venho requerer matrícula para o Curso:			Turno:

A confirmação da matrícula está condicionada a análise e aprovação da documentação comprobatória, prevista no Edital – _____ , com resultado preliminar previsto para _____

Ibatiba – ES, ____ de _____ de _____

_____
Assinatura do(a) Aluno(a), se maior, ou responsável

_____
Servidor responsável pelo atendimento