

 INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO CIÊNCIA E TECNOLOGIA PIAÚÍ	DIRETORIA DE ENSINO CONTROLE ACADÊMICO
	REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

Obs.: Preencher em **LETRA DE FORMA LEGÍVEL** e não abreviar o nome do candidato e a filiação.

DADOS DE MATRÍCULA		
NOME DO CURSO:	MATRÍCULA (uso do IFPI):	
TURNO:	SÉRIE/MÓDULO/PERÍODO:	ANO LETIVO:
CHAMADA:	FORMA DE INGRESSO:	AMPLA CONCORRÊNCIA () COTA () Qual: _____

PESSOA FÍSICA (Informações do aluno)			
NOME DO ALUNO:			DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____
CPF: ____.____.____-____	Nº RG:	ÓRGÃO EXPEDIDOR/UF:	DATA DE EXPEDIÇÃO: ____/____/____
TÍTULO DE ELEITOR/ZONA/SEÇÃO:	CERTIFICADO DE RESERVISTA/TIPO:	SEXO: () FEMININO () MASCULINO	Estado Civil:
NACIONALIDADE (país):	NACIONALIDADE (cidade): NACIONALIDADE (cidade):	PROFISSÃO:	
ENDEREÇO:		Nº/COMPLEMENTO (BLOCO, CONDOMÍNIO, Nº AP):	
BAIRRO:	CEP:	CIDADE:	UF:
TELEFONES:		E-MAIL:	
NOME DA MÃE:			
NOME DO PAI OU RESPONSÁVEL:			

DADOS SOCIOECONÔMICOS	
COR/RAÇA	() branco () preto () pardo () amarelo () indígena () Não declarado
ESTADO CIVIL	() solteiro () casado () união estável () divorciado () separado () viúvo
FAIXA DE RENDA FAMILIAR	() até 1,5 salários mínimos () entre 1,5 e 2,0 salários mínimos () entre 2,0 e 2,5 salários mínimos () entre 2,5 e 3,0 salários mínimos () mais que 3,0 salários mínimos () Não declarado Renda familiar: _____ Nº de dependentes da renda: _____
NECESSIDADES EDUCACIONAIS ESPECIAIS	() não () altas habilidades/superdotação () condutas típicas (déficit de atenção, hiperatividade, esquizofrenia, transtorno bipolar) () deficiência auditiva () deficiência física () deficiência mental () deficiência múltipla (associação de duas ou mais) () deficiência visual () surdocegueira (deficiência auditiva e visual) () transtorno global de desenvolvimento
COM RELAÇÃO AO TRABALHO	() Não realiza nenhuma atividade remunerada () Trabalhador com carteira assinada () Trabalhador sem carteira assinada () Servidor público concursado () Em contrato temporário () Autônomo/prestador de serviços ou proprietário de empresa () Trabalhador rural

_____, PI de _____ de 20____
(cidade)

Assinatura do Requerente ou Responsável

Assinatura do Servidor

 INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO CIÊNCIA E TECNOLOGIA PIAÚÍ	DIRETORIA DE ENSINO CONTROLE ACADÊMICO	
	COMPROVANTE DE REQUERIMENTO DE MATRÍCULA	
NOME DO CURSO:		
TURNO:	SÉRIE/MÓDULO/PERÍODO:	ANO LETIVO:
NOME DO ALUNO:		

DATA: ____/____/____

Assinatura do Servidor: _____