**REQUERIMENTO DE MATRÍCULA**

**Dados Pessoais**

|  |
| --- |
| **Nome do aluno:** |
| **Nome social do aluno:** |
| **Nome do Pai:** |
| **Nome da mãe:** |
| **Nº do CPF do aluno** | **Nº RG (Identidade)** | **Data de Expedição do RG** | **Tipo do RG****( ) CIVIL ( ) MILITAR ( )PROFISSIONAL** | **Órgão emissor do RG/Estado** |
| **Sexo** | **Cor/Raça** | **Estado civil** | **Data de Nascimento** | **Naturalidade** | **Estado** | **País/ Nacionalidade** |
| **E-mail:** | **Escolaridade** | **Profissão** | **Tipo do Doc. Militar****( ) Alistamento****( ) Dispensa****( ) Serviço militar** |
| **Nº Doc. Militar**  | **Data de Emissão do Doc. Militar**  | **Órgão emissor do Doc. Militar**  |
| **Nº do Título de Eleitor** | **Zona** | **Seção** | **Órgão emissor do Título/Cidade/Estado** |
| **Possui deficiência?****( ) Sim ( ) Não** | **Tipo de deficiência:** |
| **É destro?** **( ) Sim ( )Não** | **tipo sanguíneo:** |  |

**Endereço de Moradia**

|  |  |
| --- | --- |
| **CEP** | **(Avenida, Rua, Praça, Comunidade quilombola, Aldeia, etc.)** |
| **N°** | **Bairro** | **Estado** | **Cidade** | **Telefone** |

**Dados da Matrícula no Curso**

|  |  |
| --- | --- |
| **Curso requerido/aprovado:** | **Ano de início:** |
| **Disciplinas a matricular**: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_.

 Assinatura do Requerente/convocado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_