**MATRÍCULA Nº**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ANEXO I**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

CAMPUS VILA VELHA

Avenida Ministro Salgado Filho, Nº 1000 – Soteco – 29106-010 – Vila Velha – ES

27 3149-0733

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA **(Preencher sem abreviaturas com os dados do aluno)**

Pasta Nº

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

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

À Coordenadoria de Registros Acadêmicos:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Eu (nome do aluno): | | | | | | | | | | Data de Nasc.: \_\_\_ / \_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Endereço: | | | | | | | Nº: | | | Complemento: | | |
| Bairro: | | | | | CEP: | | | | | Procedência: ( ) Urbana ( ) Rural | | |
| Cidade: | | | | | | | | | Estado: | | | Sexo: ( ) M ( ) F |
| Etnia: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena | | | | | | | | | | | | |
| E-mail: | | | | | | | | | | | | |
| Tel. fixo: | Celular: | | | | | Nacionalidade: | | | | | Estado Civil: | |
| Profissão: | | | | Tipo Sanguíneo: | | | | Naturalidade: | | | | |
| Necessidade(s) específica(s): ( ) Sim ( ) Não | | Qual(is): | | | | | | | | | | |
| Nome do Pai: | | | | | | | | | | | | |
| Nome da Mãe: | | | | | | | | | | | | |
| Número de pessoas da família (que residem na mesma casa): | | | Renda Bruta Familiar (soma dos rendimentos dos membros da família que residem na mesma casa):  R$ | | | | | | | | | |
| **Venho requerer matrícula no Curso: Mestrado Profissional em Química** | | | | | | | | | | | | |

**Declaro que autorizo o uso de minha imagem para fins educacionais.**

A confirmação da matrícula está condicionada a análise e aprovação da documentação comprobatória, prevista no Edital nº 10/2020.

Vila Velha – ES, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

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

Assinatura do(a) Aluno(a), se maior, ou responsável Servidor responsável pelo atendimento

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

COMPROVANTE DE REQUERIMENTO DE MATRÍCULA – **IFES – CAMPUS VILA VELHA**

**A confirmação da matrícula está condicionada a análise e aprovação da documentação comprobatória, prevista em Edital.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome do(a) aluno(a): | | |
| Curso: **Mestrado Profissional em Química** | | Data do requerimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ /2020 |
| **Início das aulas:19/ 08 / 2020** | Horário: a confirmar | Atendido(a) por: |