**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: |