**ANEXO I - FICHA DE SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO**

**SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO**

**VAGAS REMANESCENTES DO IFMT – CAMPUS PRIMAVERA DO LESTE**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: | | | | | | |
| Pai: | | | | | | |
| Mãe: | | | | | | |
| CPF: | RG: | | ÓRGÃO EXPEDIDOR: | | | DATA DE EXPEDIÇÃO: |
| Data de Nascimento: | | | | Curso: | | |
| Endereço: | | | | | | |
| Telefone: | | Celular: | | | Celular: | |
| Email: | | | | | | |

Opção de Seleção: ( ) Análise Documental ( ) Sorteio

Primavera do Leste,\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2016.

Declaro que as informações acima declaradas são verdadeiras sob pena de exclusão do processo seletivo e por isso assino a presente solicitação,

Assinatura do Candidato

Recebido por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/2016.

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

Comprovante de Inscrição para Vagas Remanescentes – Edital 005/2016

Recebido por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/2016.

**Questionário Socioeconômico**

Prezado estudante,

As informações abaixo solicitadas têm como objetivo o registro de sua situação socioeconômica, para a obtenção do perfil dos candidatos inscritos, a fim de subsidiar as políticas institucionais do IFMT e não terá interferência na classificação dos candidatos.

**I – Identificação do aluno:**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Separado ( ) Divorciado ( ) Viúvo ( ) União Estável

( ) Outros

**II – Grau de Escolaridade do aluno**:

( )Ensino Fundamental Incompleto ( )Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Médio Incompleto

( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Ensino Superior Completo

( ) Pós Graduado

**III – Identificação dos familiares do aluno:**

Nome do pai: Grau de Escolaridade do pai:

( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Ensino Superior Completo ( ) Pós Graduado

Está trabalhando no momento? ( ) sim ( ) não

Profissão:

Local de Trabalho:

Renda Bruta Mensal: R$ Telefone fixo: Celular:

Nome da mãe: Grau de Escolaridade da mãe:

( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Ensino Superior Completo ( ) Pós Graduado

Está trabalhando no momento? ( ) sim ( ) não

Profissão:

Local de Trabalho:

Renda Bruta Mensal: R$

Telefone fixo: Celular:

Estado civil de seus pais:

( ) Casados ( ) Solteiros ( ) Separados ( ) Divorciados ( )Viúvos ( ) União estável ( ) Outros

Nome do cônjuge: Grau de Escolaridade do cônjuge:

( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Ensino Superior Completo ( ) Pós Graduado

Profissão:

Está trabalhando no momento? ( ) sim ( ) não

Local de Trabalho:

Renda Bruta Mensal: R$

Telefone fixo: Celular:

Possui filhos?

( ) Não ( ) Sim. Quantos?

Especifique a idade de cada um:

**IV – Dados financeiros**

Sua família (pais, irmãos) reside em:

( ) Primavera do Leste ( ) Outros, qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Você reside com:

( ) pais ( ) cônjuge ( ) parentes, quais? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) outros, quem? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Você reside em residência:

( ) Própria ( ) Alugada ( ) Cedida ( ) República ( ) Pensionato

Quantas pessoas residem na casa onde você mora? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Composição Familiar (inclusive você): | | | | | | |
| Nome | Grau de  Parentesco | Idade | Estado civil | Grau de  Instrução | Profissão | Salário R$ |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Qual a renda mensal da sua família (somando todos os membros da família que trabalham e contribuem para o sustento familiar)?

( ) Menos de 1 salário mínimo ( ) de 1 a 2 salários mínimos ( ) de 2 a 3 salários mínimos ( ) de 3 a 4 salários mínimos ( ) de 4 a 5 salários mínimos

Caso seus pais sejam separados ou divorciados, você recebe pensão alimentícia?

( ) Sim, recebo pensão. Valor da pensão R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Não recebo pensão.

Dos bens abaixo relacionados, quais você e/ou sua família possui:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Descrição | Quantidade |
| ( ) | Televisão |  |
| ( ) | Máquina de lavar |  |
| ( ) | Geladeira |  |
| ( ) | Computador c/ internet ( ) S/ internet |  |
| ( ) | Telefone Celular |  |
| ( ) | Telefone fixo |  |
| ( ) | Forno de micro-ondas |  |
| ( ) | Ar condicionado |  |
| ( ) | Carro |  |
| ( ) | Moto |  |

Qual o meio de transporte que você utiliza para vir a escola?

( ) Ônibus ( ) Carona ( ) A pé ( ) Veículo próprio ( ) Veículo da família ( ) Bicicleta

Você e/ou sua família possuem Plano de Saúde particular? ( ) Sim ( ) Não

Caso não possua plano de saúde particular, a quais serviços médicos recorre quando necessário?

( ) Posto de Saúde/Policlínica ( ) Médicos Particulares ( ) Outros

Há em sua família pessoas com problema de saúde que exigem tratamento constante?

( ) Sim. Quem e qual o problema? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Não

Há em sua família pessoas com necessidades especiais?

( ) Sim. Quem e qual a necessidade especial? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Não