



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARÁ
REITORIA

Av. João Paulo II, Nº 514 – Castanheira. Belém-PA. CEP: 66.645-240

4 – INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICO

1. Qual seu estado civil? <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Desquitado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo		
2. Como você se considera em relação à raça/cor/etnia? <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Sem Declaração		
3. Qual sua área demográfica de procedência? <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural		
4. Em que ano e rede de ensino você concluiu o Ensino Fundamental? Ano: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada		
5. Em que rede de ensino e ano você concluiu o Ensino Médio? Ano: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada		
6. Qual a renda família per capita? (<i>divide-se a renda bruta da família pelo número de membros</i>) <input type="checkbox"/> Até de 0,5 salário mínimo <input type="checkbox"/> De 1,51 a 2,0 salários mínimos <input type="checkbox"/> De 3,01 a 3,5 salários mínimos <input type="checkbox"/> De 0,51 a 1,0 salário mínimo <input type="checkbox"/> De 2,01 a 2,5 salários mínimos <input type="checkbox"/> Acima de 3,51 salários mínimos <input type="checkbox"/> 1,01 a 1,5 salário mínimo <input type="checkbox"/> De 2,51 a 3,0 salários mínimos		
7. Caso você seja pessoa com deficiência, assinale abaixo qual ou quais são suas deficiências e/ou necessidades especiais. <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Baixa de acuidade visual (sem percepção luminosa) <input type="checkbox"/> Cegueira <input type="checkbox"/> Cifose Postural <input type="checkbox"/> Deficiência física <input type="checkbox"/> Deficiência múltipla <input type="checkbox"/> Dificuldade de Aprendizagem <input type="checkbox"/> Dislexia <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Física (deficiência física) <input type="checkbox"/> Mental (deficiência intelectual) <input type="checkbox"/> Nanismo <input type="checkbox"/> Neuro <input type="checkbox"/> Síndrome de Asperger <input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral <input type="checkbox"/> Síndrome Turner <input type="checkbox"/> Síndrome de Rett <input type="checkbox"/> Síndrome de Rett <input type="checkbox"/> Surdez Acentuada <input type="checkbox"/> Surdez Moderada <input type="checkbox"/> Surdez leve <input type="checkbox"/> Surdocegueira <input type="checkbox"/> TDAH <input type="checkbox"/> Transtorno Desintegrativo da Infância <input type="checkbox"/> Transtorno Mental <input type="checkbox"/> Transtorno de Comportamento e Dificuldades de Aprendizagem <input type="checkbox"/> Transtorno de ansiedade <input type="checkbox"/> Visão subnormal ou baixa visão <input type="checkbox"/> Outro(s)		
8. Você possui matrícula em Instituição Pública de Ensino Superior? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <i>Caso possua matrícula em outra Instituição Pública de Ensino Superior e desejar se matricular em curso superior no IFPA, deve-se apresentar documento comprobatório de desligamento da outra Instituição, em conformidade com a Lei nº 12.089/2009.</i>		

5 – DECLARAÇÕES DO ALUNO

Declaro para fins de direito, sob as penas da lei, a veracidade das informações prestadas neste requerimento e na documentação exigida para habilitação de matrícula pelo IFPA, anexa a este requerimento.	
Declaro, também, ter ciência da minha exclusão do processo de seletivo de ingresso no IFPA na falta de documento(s) obrigatório(s) par habilitação de matrícula, conforme constam no edital do processo seletivo.	
Estou ciente que a falsidade desta declaração configura crime previsto no Código Penal Brasileiro, e passível de apuração na forma da lei.	
Local e data: _____, ____/____/____	
_____	_____
Assinatura do requerente (conforme documento de identidade)	Assinatura do responsável legal se o requerente for menor de idade, (conforme documento de identidade)