



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA
REITORIA

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

CURSO:

ANO:

DADOS DO ALUNO

NOME:

RG (Registro Geral)

CPF (Cadastro de Pessoa Física)

COR/RACA

Branco

Preto

Pardo

Indígena

Amarelo

NÃO DECLARADA

FAIXA DE RENDA FAMILIAR

0 < RFP ≤ 0,5 SALÁRIOS MÍNIMOS (de R\$0,00 a R\$499,00 por pessoa)

2,5 < RFP ≤ 3,5 SALÁRIOS MÍNIMOS (de R\$2.495,01 a 3.493,00 por pessoa)

0,5 < RFP ≤ 1 SALÁRIOS MÍNIMOS (de R\$499,01 a R\$998,00 por pessoa)

RFP = > 3,5 SALÁRIOS MÍNIMOS (maior que R\$ 3.493,01 por pessoa)

1 < RFP ≤ 1,5 SALÁRIOS MÍNIMOS (de R\$ 998,01 a R\$1.497,00 por pessoa)

Número de dependentes da renda:

1,5 < RFP ≤ 2,5 SALÁRIOS MÍNIMOS (de R\$1.497,01 a 2.495,00 por pessoa)

ENDEREÇO

RUA

NÚMERO

BAIRRO

CIDADE

DADOS DO RESPONSÁVEL

NOME

CPF (Cadastro de Pessoa Física)

GRAU DE PARENTESCO

Mãe

Tio(a)

Pai

Avô(ó)

Outro, Qual?

DATA DE NASCIMENTO

ESCOLARIDADE

Analfabeto

Especialização

Ensino Fundamental

Mestrado

Ensino Médio

Doutorado

E-MAIL

Ensino Superior

PROFISSÃO

TELEFONE

Estou ciente que ao assinar e enviar esse documento:

- Autorizo Instituto Federal Farroupilha, pessoa jurídica de direito público, o uso de imagem e voz do aluno, em decorrência de atividades de ensino, pesquisa e extensão.
- Autorizo o aluno a participar de viagens de estudo
- O aluno terá a matrícula cancelada automaticamente caso não frequente, sem justificativa os 5 (cinco) primeiros dias consecutivos de aula

Assinatura do responsável

