

| Foto recente<br>(com nome no verso) | FORMULÁRIO DE MATRÍCULA (L1 - EP + Renda)                      |           |  |
|-------------------------------------|--|-----------|--|
|                                     | Edital nº 674, de 16 de setembro de 2019                       | Matrícula |  |
|                                     | Classificação:   |           |  |
|                                     | Lista de Classificação: L1 - EP + Renda                        |           |  |
|                                     | Ocupou vaga distinta da indicada acima? ( ) Não ( ) Sim. Qual? |           |  |
| Curso:                              |  |           |  |

| IDENTIFICAÇÃO  |  |
|--|--|
| Nome (completo e sem abreviações):   |  |
| Mãe:   | CPF:                                     |
| Pai:   | CPF:                                     |
| Responsável legal (Quando não são os pais):  | CPF:                                     |
| Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino   | Data de nascimento: ___/___/____         |
| Nacionalidade:   |  |
| Raça/Cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Amarela ( ) Prefiro não declarar |  |
| Se imigrante, você está em situação de refugiado? ( ) Sim   ( ) Não                        |  |
| Quanto Tempo está no Brasil?<br>Não  | É filho de imigrantes? ( ) Sim   ( ) Não |
| Pertence e/ou integra grupo/ comunidade tradicional de quilombolas? ( ) Sim   ( ) Não      |  |
| Renda bruta familiar mensal média: R\$   | Número de moradores na casa:             |

| DOCUMENTAÇÃO                    |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| Identificação: ( ) RG   ( ) RNE | Número: _____                   |
|                                 | Data de expedição: ___/___/____ |
| Órgão Emissor/UF:               | Naturalidade:                   |
|                                 | Estado Civil:                   |
|                                 | Carteira Reservista:            |

Caso o candidato não apresente os comprovantes de regularidade do CPF e Título de Eleitor, o servidor deverá preencher a tabela abaixo após consulta *online* na base de dados do órgão ou entidade responsável pelo documento, conforme art. 2º do Decreto nº 9.094, de 17 de julho de 2017. Não sendo possível a emissão do documento, o candidato fará declaração nos termos do § 2º do art. 3º da Lei 13.726, de 8 de outubro de 2018 para posterior consulta pela instituição.

|   |                              |                               |  |   |
|---|------------------------------|-------------------------------|--|---|
| CPF nº:                                   |                              | Título: nº                    |  | UF:   |
| ( ) Comprovante apresentado.              | ( ) Comprovante apresentado. | ( ) Não tem Título de Eleitor | ( ) NÃO ESTÁ quite com a justiça eleitoral na data da matrícula. | ( ) ESTÁ quite com a justiça eleitoral em ___/___/____. |
| ( ) CPF NÃO regular na data da matrícula. |                              |                               |  |   |
| ( ) CPF regular na data de ___/___/____.  |                              |                               |  |   |
| _____                                     | Assinatura                   | _____                         | Assinatura   |   |

| ENDEREÇO E CONTATO                    |                              |
|---------------------------------------|------------------------------|
| Endereço:                             |                              |
| Complemento:                          | Bairro: _____                |
|                                       | Nº _____                     |
| CEP: _____                            | Zona: ( ) Urbana   ( ) Rural |
|                                       | Cidade: _____                |
|                                       | Estado: _____                |
| Celular 1: ( ) _____                  | Celular 2: ( ) _____         |
|                                       | Telefone: ( ) _____          |
| E-mail do estudante:                  |                              |
| E-mail dos pais ou responsável legal: |                              |

Celular dos pais ou responsável legal: Celular 1: ( ) \_\_\_\_\_ Celular 2: ( ) \_\_\_\_\_

| SAÚDE   |   |                          |                          |
|---|---|--------------------------|--------------------------|
| Possui convênio médico? ( ) Não ( ) Sim Qual?   |   |                          |                          |
| Número da Carteirinha do Convênio:  |   | Validade: __/__/____     | Número do Cartão do SUS: |
| Peso: _____ Kg  | Altura: _____ m                               | Tipagem sanguínea:       |                          |
| Assinale com um X nas condições que alguma vez tenha apresentado ou que apresente com frequência:   |   |                          |                          |
| ( ) Doença Renal (ou pedra nos rins)  | ( ) Asma                                      | ( ) Anemia               | ( ) Convulsão            |
| ( ) Hemofilia (ou dificuldade de  | ( ) Desmaio                                   | ( ) Diabetes             | ( ) Enxaqueca            |
| ( ) Hipertensão (pressão alta)  | ( ) Epilepsia                                 | ( ) Hepatite             | ( ) Depressão            |
| ( ) Perda da consciência  | ( ) Bronquite                                 | ( ) Vômitos              | ( ) Náuseas              |
| ( ) Sangramento no nariz  | ( ) Diarreia                                  | ( ) Gastrite             |                          |
| ( ) Outras: _____   |   |                          |                          |
| ( ) Alergia: A que? _____   |   |                          |                          |
| No caso de estar <b>em tratamento</b> para alguma doença relate nos espaços abaixo e a medicação em uso:  |   |                          |                          |
| Doença  | Remédio                                       | Frequência de uso        | Uso crônico (contínuo)   |
|   |   |                          | ( ) Sim ( ) Não          |
|   |   |                          | ( ) Sim ( ) Não          |
| Deverá fazer uso de alguma medicação durante o período das aulas? Se sim, quais?  |   |                          |                          |
| Em caso de emergência, entrar em contato com: _____ tel.: ( ) _____   |   |                          |                          |
| _____ tel.: ( ) _____   |   |                          |                          |
| Deseja acrescentar outra informação sobre sua saúde ou alguma orientação caso necessite de atendimento médico?  |   |                          |                          |
| Apresenta algum tipo de deficiência, transtorno do espectro autista ou altas habilidades/superdotação?  |   |                          |                          |
| ( ) Não ( ) Sim. Qual?  |   |                          |                          |
| Se sim, assinale abaixo quais recursos julga necessários.   |   |                          |                          |
| ( ) Auxílio Ledor   | ( ) Leitura Labial                            | ( ) Intérprete de Libras | ( ) Guia Intérprete      |
| ( ) Auxílio Transcrição   | ( ) Prova em Braille                          | ( ) Outro                |                          |
| DADOS DO CENSO  |   |                          |                          |
| Utiliza transporte público gratuito?  | ( ) Não   ( ) Sim: ( ) Municipal ( ) Estadual |                          | Tipo de veículo:         |
| É transporte destinado exclusivamente para estudantes? ( ) Sim ( ) Não  |   |                          |                          |
| ESCOLARIDADE - Ensino Fundamental (Integralmente em Rede Pública de Ensino, vide declaração abaixo)   |   |                          |                          |
| Ano de Conclusão:   | Escola:                                       |                          |                          |
| Certificação do Ensino Fundamental por meio de Exame Específico:  |   |                          |                          |
| ( ) ENCCEJA ( ) Outro (Descrever) _____   |   |                          |                          |
| ESCOLARIDADE - Ensino Médio   |   |                          |                          |
| Ano de Conclusão:   | Escola:                                       |                          |                          |
| Certificação do Ensino Médio por meio de Exame Específico:  |   |                          |                          |
| ( ) ENEM ( ) ENCCEJA ( ) Outro (Descrever) _____  |   |                          |                          |
| DECLARAÇÃO DE VAGA RESERVADA (Lei nº 12.711/2012)   |   |                          |                          |
| DECLARO, <i>sob</i> as penas da lei, que estou ciente de que a homologação da minha matrícula no IFSP está condicionada à análise e aprovação de todos os documentos entregues para comprovação da condição indicada por mim na inscrição para o processo seletivo, de acordo com o <b>Edital nº 239, de 11 de abril de 2019</b> , a Lei nº 12.711/2012 (suas regulamentações e alterações), Portaria |   |                          |                          |

Normativa MEC nº 18/2012 (e suas alterações). Estou ciente de que, em caso de não comprovação dessa condição, minha matrícula será cancelada sem prejuízo das sanções penais eventualmente cabíveis no Código Penal\* e às demais cominações legais aplicáveis. **EP + Renda: Candidatos que tenham cursado integralmente o ensino fundamental em escolas públicas (Lei nº 12.711/2012), com renda familiar bruta per capita igual ou inferior a 1,5 salário mínimo, vigente aos três meses anteriores à data de inscrição, conforme art. 7º, inciso I da Port. Normativa MEC nº 18/12.**

### DECLARAÇÕES GERAIS

1. **DECLARO** ter ciência das principais regras referentes à utilização da biblioteca, estabelecidas no Regulamento de Uso das Bibliotecas (Portaria 1.612/2019) e descritas abaixo, e de que posso acessar o Regulamento completo no site da biblioteca do câmpus. Com anuência a referida declaração, comprometo-me a informar alterações dos meus dados cadastrais semestralmente ou quando ocorrerem.

- os materiais podem ser retirados pelos alunos mediante a apresentação de carteirinha estudantil ou documento oficial com foto;
- as quantidades de obras disponíveis para empréstimo e os prazos de devolução serão determinados pela biblioteca do câmpus;
- o não cumprimento dos prazos por parte dos usuários inscritos na biblioteca implica na suspensão do direito de novos empréstimos e renovações por período determinado;
- o usuário é responsável pelo material que estiver em sua posse, comprometendo-se em devolvê-lo no mesmo estado em que o recebeu.
- em caso de extravio ou danos, a biblioteca deve ser imediatamente comunicada, e o usuário deve repor a obra extraviada ou danificada.

2. **DECLARO** estar ciente e de acordo com o artigo 185, da Organização Didática do IFSP (Resolução CONSUP/IFSP nº 62/2018), que dispõe: “[...] O cancelamento de matrícula compulsório deverá ser feito por iniciativa da instituição por [...] não comparecimento nos dez (10) primeiros dias letivos (quando ingressante) [...]”.

### AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ

Pelo presente instrumento, o Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de São Paulo Câmpus **Salto**, sediado na **Rua Rio Branco, 780, Vila Teixeira, Salto - SP** poderá divulgar, utilizar e dispor na íntegra ou em partes, para todos os fins cabíveis, inclusive para fins institucionais, educativos, informativos, técnicos e culturais, o meu nome, minha imagem (fotografia e vídeo) e som de voz, sem que isso implique em ônus para esta instituição.

( ) Autorizo

( ) Não autorizo

### TERMO DE REMATRÍCULA ONLINE PARA ESTUDANTE MENOR DE 18 ANOS

Estou ciente do processo de Rematrícula de forma online, que será realizado antes do início de cada período letivo, por meio do sistema acadêmico SUAP e como responsável legal, por meio desse termo:

( ) **AUTORIZO** o(a) aluno(a) a realizar a sua rematrícula, utilizando o seu usuário e senha no sistema SUAP, e estou ciente que poderei realizar o acompanhamento dos registros acadêmicos através do mesmo sistema, empregando a chave de acesso, que consta no boletim impresso do discente.

( ) **NÃO AUTORIZO** o(a) aluno(a) a realizar a sua rematrícula, utilizando o seu usuário e senha no sistema SUAP, e estou ciente que terei que comparecer presencialmente ao câmpus em cada período de rematrícula, conforme calendário acadêmico, para realizar o procedimento de rematrícula.

Estando de acordo com o Regimento Interno desta Instituição e de seus anexos, vem respeitosamente requerer à Sr<sup>a</sup>. Diretora-Geral do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo – IFSP – Câmpus **Salto** a matrícula neste Curso.

Nestes termos pede deferimento,

Salto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a) ou responsável legal

### \*Código Penal – FALSIDADE IDEOLÓGICA

*Art. 299: omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:*

*Penas - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.*

Fluxo administrativo/educacional: (Uso Exclusivo da Instituição)

| Coordenadoria de Registros Acadêmicos:              | Data:          | Visto do servidor |
|---|----------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Dados atualizados no SUAP. | ____/____/____ |                   |
| <input type="checkbox"/> Matriculado(a) no SISTEC.  | ____/____/____ |                   |
| <input type="checkbox"/> Matriculado(a) no SEB.     | ____/____/____ |                   |
| <input type="checkbox"/> Encaminhado(a) ao NAPNE.   | ____/____/____ |                   |