

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO SUDESTE DE MINAS GERAIS
CAMPUS SÃO JOÃO DEL-REI

**1ª RETIFICAÇÃO DO EDITAL N° 01/2024, de 15 de janeiro de
2024**

PROCESSO: 23503.000054/2024-95

OFERTA DE VAGAS PARA CURSO DE FORMAÇÃO INICIAL E CONTINUADA – FIC

Onde se lê:

**ANEXO II
REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DO PROCESSO SELETIVO
Curso de Formação Inicial e Continuada**

CARO CANDIDATO, PREENCHA OS CAMPOS ABAIXO EM LETRA LEGÍVEL E COM MUITA ATENÇÃO!

NÃO DEIXE DE PREENCHER NENHUM CAMPO E EM HIPÓTESE ALGUMA INFORME DADOS QUE NÃO SEJAM SEUS.

Curso: INGLÊS BÁSICO Turno: NOTURNO N° de Inscrição (a ser preenchido pelo servidor do IF Sudeste MG):

NOME:

E-MAIL:

DATA DE NASCIMENTO:

COR:

() Branca () Amarela () Parda () Preta () Indígena () Não declarante

Sexo:

() Feminino () Masculino

ESTADO CIVIL:

NATURALIDADE:

NACIONALIDADE: () Brasileira () Outra (Qual?):

MÃE:

PAI:

PAIS SEPARADOS: () Sim () Não

→

Quem tem a guarda () Pai

() Mãe

RG:

Data expedição:

Órgão Emissor:

DOCUMENTO ESTRANGEIRO / Passaporte:

CPF:

ENDEREÇO:

NÚMERO:

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

CEP:

UF:

MUNICÍPIO:

TELEFONE RESIDENCIAL: ()

TELEFONE CELULAR: ()

Exerce atividade remunerada? () Não () Sim (Qual?):

Onde?

PROCEDÊNCIA RESIDENCIAL: () Zona Urbana () Zona Rural

PROCEDÊNCIA ESCOLAR: () Escola Pública () Escola Privada

QUAL É A SUA FAIXA ETÁRIA?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> até 14 anos | <input type="checkbox"/> de 25 a 29 anos |
| <input type="checkbox"/> de 15 a 17 anos | <input type="checkbox"/> de 30 a 39 anos |
| <input type="checkbox"/> de 18 a 19 anos | <input type="checkbox"/> de 40 a 49 anos |
| <input type="checkbox"/> de 20 a 24 anos | <input type="checkbox"/> a partir de 50 anos |

PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cegueira | <input type="checkbox"/> Surdez |
| <input type="checkbox"/> Deficiência Física | <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva |
| <input type="checkbox"/> Deficiência Mental | <input type="checkbox"/> Superdotação / Altas habilidades |
| <input type="checkbox"/> Deficiência Múltipla | <input type="checkbox"/> Surdocegueira |
| <input type="checkbox"/> Deficiência Visual | <input type="checkbox"/> Transtornos Globais do Desenvolvimento (condutas típicas) |
| <input type="checkbox"/> Nenhuma | |
- Se possuir alguma outra, nos diga qual:

RENDA FAMILIAR MENSAL:
R\$

QUANTIDADE DE MEMBROS DO GRUPO FAMILIAR:

São João del-Rei, _____ de _____ de 2024.

Assinatura do Aluno/Responsável

Leia-se:

ANEXO II
REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DO PROCESSO SELETIVO
Curso de Formação Inicial e Continuada

CARO CANDIDATO, PREENCHA OS CAMPOS ABAIXO EM LETRA LEGÍVEL E COM MUITA ATENÇÃO!

NÃO DEIXE DE PREENCHER NENHUM CAMPO E EM HIPÓTESE ALGUMA INFORME DADOS QUE NÃO SEJAM SEUS.

Curso: LIBRAS Turno: NOTURNO Nº de Inscrição (a ser preenchido pelo servidor do IF Sudeste MG):

NOME:

E-MAIL:

DATA DE NASCIMENTO:

COR:

() Branca () Amarela () Parda

() Preta () Indígena () Não declarante

Sexo:

() Feminino () Masculino

ESTADO CIVIL:

NATURALIDADE:

NACIONALIDADE: () Brasileira () Outra (Qual?):

MÃE:

PAI:

PAIS SEPARADOS: () Sim () Não

→

Quem tem a guarda () Pai

() Mãe

RG:

Data expedição:

Órgão Emissor:

DOCUMENTO ESTRANGEIRO / Passaporte:

CPF:

ENDEREÇO:

NÚMERO:

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

CEP:

UF:

MUNICÍPIO:

TELEFONE RESIDENCIAL: ()

TELEFONE CELULAR: ()

Exerce atividade remunerada? () Não () Sim (Qual?):

Onde?

PROCEDÊNCIA RESIDENCIAL: () Zona Urbana () Zona Rural

PROCEDÊNCIA ESCOLAR: () Escola Pública () Escola Privada

QUAL É A SUA FAIXA ETÁRIA?

() até 14 anos

() de 25 a 29 anos

() de 15 a 17 anos

() de 30 a 39 anos

() de 18 a 19 anos

() de 40 a 49 anos

() de 20 a 24 anos

() a partir de 50 anos

PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS?

() Cegueira

() Surdez

() Deficiência Física

() Deficiência auditiva

() Deficiência Mental

() Superdotação / Altas habilidades

() Deficiência Múltipla

() Surdocegueira

() Deficiência Visual

() Transtornos Globais do Desenvolvimento (condutas típicas)

() Nenhuma

Se possuir alguma outra, nos diga qual:

RENDA FAMILIAR MENSAL:

R\$

QUANTIDADE DE MEMBROS DO GRUPO FAMILIAR:

São João del-Rei, _____ de _____ de 2024.

Assinatura do Aluno/Responsável

Jackson de Souza Vale
Substituto da Direção Geral
Portaria-R nº 1.108/2023