



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA
REITORIA

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

Curso: Ano:

DADOS DO ESTUDANTE

Nome:

CPF: RG: Telefone:

Cor/Raça Escolher um item.

Possui deficiência: Escolher um item. Se Sim, qual?

Realizava Atendimento Educacional Especializado (AEE)? Escolher um item.

Faixa de renda familiar por pessoa:

- Menor que R\$ 0,00 a R\$ 706,00 (0<RFP=0,5) Entre R\$ 2.119,00 a R\$ 3.530,00 (1,5<RFP=2,5)
 Entre R\$ 707,00 a R\$ 1.412,00 (0,5<RFP=1,0) Entre R\$ 3.531,00 a R\$ 4.942,00 (2,5<RFP=3,5)
 Entre R\$ 1.413,00 a R\$ 2.118,00 (1,0<RFP=1,5) Maior que R\$ 4.942,00 (RFP>3,5)
 Não declarada

Número de pessoas na família:

DADOS DE ENDEREÇO

Rua:

Número: Bairro:

CEP: Cidade: Estado:

AO 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.
- **Declaro** ciente que a matrícula será cancelada, automaticamente, caso não frequente, sem justificativa os 5 (cinco) primeiros dias consecutivos de aula.
- **Declaro** que estou quite com a Justiça eleitoral, requisito obrigatório a partir dos 18 anos.
- O candidato brasileiro do sexo masculino entre 18 e 45 anos, **declara está quite** com o Serviço Militar ou possui Certificado de Alistamento Militar (Lei nº 4375/64).
- **Estou ciente** de que, se for detectada inveracidade nas declarações, estarei sujeito às sanções prescritas no Código Penal e às demais cominações legais aplicáveis.

Data: [Clique aqui para inserir uma data.](#)

Assinatura do Candidato