



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 R\$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 R\$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

☐ Ensino Superior

E-MAIL

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