



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA
REITORIA

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA			
CURSO:			
ANO/SEMESTRE DE INGRESSO: 2026/1			
DADOS DO ESTUDANTE			
NOME:			
NOME SOCIAL (SE FOR O CASO):			
CPF:	RG:	ÓRG. EXP RG/UF:	
CIDADE/UF DE NASCIMENTO:		NACIONALIDADE:	
DATA DE NASCIMENTO:		RESERVA DE VAGA:	
COR/RAÇA: <input type="checkbox"/> AMARELO	<input type="checkbox"/> BRANCO <input type="checkbox"/> INDÍGENA	<input type="checkbox"/> PARDO <input type="checkbox"/> PRETO	<input type="checkbox"/> NÃO DECLARAR
Possui deficiência ou necessidades específicas? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. QUAL? <input type="checkbox"/> Dislexia <input type="checkbox"/> Altas habilidades/superdotação <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência visual (cegueira ou baixa visão) <input type="checkbox"/> Surdocegueira (deficiência auditiva e visual) (<input type="checkbox"/> Deficiência múltipla (associação de duas ou mais) <input type="checkbox"/> Deficiência física <input type="checkbox"/> Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD)/Transtorno do Espectro Autista (TEA) (<input type="checkbox"/> Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) Outras necessidades (especificar): _____			
Realizava Atendimento Educacional Especializado? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM			
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> União estável	<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado
FILIAÇÃO			
MÃE:		PAI:	
CONCLUSÃO DO ENSINO FUNDAMENTAL			
NOME DA ESCOLA:			
<input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA		ANO DE CONCLUSÃO:	
ENDEREÇO RESIDENCIAL			
RUA:	Nº:	COMPLEMENTO:	
BAIRRO:		MUNICÍPIO/UF:	
CEP:	TELEFONE(S) DO CANDIDATO:		



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA
REITORIA

DADOS DO RESPONSÁVEL	
NOME:	
CPF:	E-MAIL:
DATA NASCIMENTO:	PROFISSÃO:
PARENTESCO: () Mãe () Pai () Tio(a) () Avô(ó) () Outro. Qual?	
ESCOLARIDADE: () Analfabeto () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado	
TELEFONE(S) DO RESPONSÁVEL (para menores de idade):	
RENDA FAMILIAR PER CAPITA (POR PESSOA DA FAMÍLIA) () Menor que R\$ 0,00 a R\$ 759,00 (0<RFP=0,5). () Entre R\$ 760,00 a R\$ 1.518,00 (0,5<RFP=1,0). () Entre R\$ 1.519,00 a R\$ 2.277,00 (1,0<RFP=1,5). () Entre R\$ 2.278,00 a R\$ 3.795,00 (1,5<RFP=2,5). () Entre R\$ 3.796,00 a R\$ 5.313,00 (2,5<RFP=3,5). () Maior que R\$ 5.313,00 (RFP>3,5). () Não declarar	
Nº de pessoas na família:	
AO ENVIAR ESTE DOCUMENTO: - AUTORIZO O INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA, PESSOA JURÍDICA DE DIREITO PÚBLICO, A USAR MINHA IMAGEM E VOZ, EM DECORRÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO REALIZADAS POR ESTA INSTITUIÇÃO DE ENSINO; - DECLARO CIÊNCIA DE QUE, CASO NÃO FREQUENTE, SEM JUSTIFICATIVA, OS 5 (CINCO) PRIMEIROS DIAS CONSECUTIVOS DE AULA, SEREI CONSIDERADO DESISTENTE E TEREI MINHA MATRÍCULA AUTOMATICAMENTE CANCELADA; - DECLARO QUE ESTOU QUITE COM A JUSTIÇA ELEITORAL (PARA MAIORES DE 18 ANOS); - DECLARO QUE ESTOU QUITE COM O SERVIÇO MILITAR OU ALISTAMENTO MILITAR (PARA CANDIDATOS BRASILEIROS DO SEXO MASCULINO ENTRE 18 E 45 ANOS); - DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES E A DOCUMENTAÇÃO SÃO VERDADEIRAS E ASSUMO A INTEIRA RESPONSABILIDADE PELAS MESMAS, ESTANDO CIENTE DE QUE, CASO DETECTADA INVERACIDADE NAS INFORMAÇÕES PRESTADAS, ESTAREI SUJEITO ÀS SANÇÕES LEGAIS APLICÁVEIS.	

Data: ____/____/202__

Assinatura do Candidato ou do Responsável (para candidatos
menores de 18 anos de idade)