**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO E DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS E DOCUMENTAÇÃO ENVIADA REFERENTE AO EDITAL 044/2022** - PROCESSO SELETIVO DESTINADO ÀS CATEGORIAS ESPECIAIS DE MATRÍCULA 2022.2, REFERENTES AOS CURSOS DE GRADUAÇÃO PRESENCIAIS (TRANSFERÊNCIAS, PORTADORES DE DIPLOMA E REMATRÍCULA).

*Os dados a seguir, se manuscritos, deverão ser preenchidos em letra de imprensa (letra de forma).*

# DADOS DO PROCESSO SELETIVO E FORMA DE INGRESSO

 Processo seletivo – Categoria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Turno: Matutino( ) Vespertino( ) Noturno( ) Diurno/Integral ( )

 *Campus*: \_\_\_ \_\_

 Departamento: \_\_\_\_\_\_

# DADOS PESSOAIS

Nome Civil Completo: \_\_\_

Nome Social Completo: \_\_\_ Sexo: Feminino( ) Intersexo( ) Masculino( )

Gênero: Cisgênero( ) Trans Não Binário( ) Transexual( ) Transgênero( ) Travesti( )

Data de Nascimento: \_\_\_/\_ /

Cor/Raça: Preto/a( ) Pardo/a( ) Branco/a( ) Amarelo/a( ) Indígena( )

Estado Civil/Condição de convivência familiar: Solteiro/a( ) Casado/a( ) Divorciado/a( ) Viúvo/a( ) União Estável( )

Naturalidade: UF \_\_

Nacionalidade: Naturalizado: Sim ( ) Não ( )

 Mãe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Pai: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **DOCUMENTOS PESSOAIS:**

 RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de Emissão:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

 Orgão Emissor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Título de Eleitor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_\_ Seção: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº do Documento Militar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ministério da Defesa - Tipo: Alistamento( ) Dispensa( ) Serviço( )

1. **ENDEREÇO RESIDENCIAL E CONTATOS:**

 Endereço Residencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 N°\_\_\_\_\_\_ Apto.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Telefone Residencial: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **INFORMAÇÕES ACADÊMICAS:**

 Nome da Escola de Conclusão do Ensino Médio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome do Curso do Ensino Médio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome do Curso de Graduação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ano de Conclusão do Ensino Médio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Categoria: Pública( ) Privada( )

 Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF:\_\_\_\_\_\_\_\_

 Graduação Anterior: Sim( ) Não( ) Cursando( )

 Curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Pós-Graduação: Sim( ) Não( ) Cursando( )

1. **NECESSIDADES EDUCACIONAIS ESPECIAIS:**

 É público-alvo da educação especial? Sim( ) Não ( )

 Caso afirmativo, qual?

 ( ) Deficiência Física (paraplegia, paraparesia, onoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida)

 ( ) Deficiência Visual (cegueira, baixa visão)

 ( ) Surdez (perda bilateral, parcial ou total)

 ( ) Surdocegueira

 ( ) Deficiência Múltipla

 ( ) Transtorno do espectro autista

 ( ) Altas habilidades/superdotação

 ( ) Necessidades educacionais específica?

 Especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Demandas de acessibilidade necessárias à inclusão do(a) candidato(a).

 ( ) Tradução e interpretação de Libras

 ( ) Tradução e interpretação de Libras tátil

 ( ) Transcrição braille

 ( ) Produção de material em diferentes formatos acessíveis (fonte ampliada, braille, arquivo em formato digital acessível e arquivo em áudio);

 ( ) Guia-interpretação

 ( ) Audiodescrição

 ( ) Legendagem

 ( ) Ensino e orientação para usabilidade da informática acessível. ( ) Ensino do uso de recursos ópticos e não ópticos

 ( ) Ensino da usabilidade e das funcionalidades da informática acessível

 ( ) Ensino do uso da Comunicação Alternativa e Aumentativa - CAA

 ( ) Indicação da utilização de softwares, recursos e equipamentos tecnológicos, mobiliário, recursos ópticos, dicionários e outros

Telefone(s) em caso de Emergência: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Falar com: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro ter ciência de que as informações prestadas por mim neste requerimento de inscrição para categorias especiais de matrícula e a documentação enviada online são de minha inteira responsabilidade e quaisquer dados inverídicos prestados implicarão no indeferimento da minha solicitação e na aplicação de medidas legais cabíveis.

Na hipótese de configuração de fraude na documentação comprobatória em qualquer momento, inclusive posterior à matrícula, assegurado a mim o direito ao contraditório e a ampla defesa, estou também ciente que posso perder o direito à vaga conquistada e a quaisquer direitos dela decorrentes, independentemente das ações legais cabíveis que a situação requerer.

Por ser verdade, dato e assino.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Local e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) declarante