

Foto recente (com nome no verso)	FORMULÁRIO DE MATRÍCULA (EP + PCD)		
	Edital IFSP SRT nº 03, de 31/03/2023		Matrícula
	Classificação:		
	Lista de Classificação: EP + PCD		
	Ocupou vaga distinta da indicada acima? () Não () Sim. Qual?		
Curso: LICENCIATURA EM QUÍMICA			

IDENTIFICAÇÃO																							
Nome (completo e sem abreviações):																							
Mãe:							CPF:																
Pai:							CPF:																
Responsável legal (Quando não são os pais):							CPF:																
Sexo: () Feminino () Masculino				Data de nascimento: ____/____/____			Nacionalidade:																
Raça/Cor: () Branca () Preta () Parda () Indígena () Amarela () Prefiro não declarar																							
Se imigrante, você está em situação de refugiado? () Sim () Não																							
Quanto Tempo está no Brasil?					É filho de imigrantes? () Sim () Não																		
Pertence e/ou integra grupo/ comunidade tradicional de quilombolas? () Sim () Não																							
Renda bruta familiar mensal média: R\$							Número de moradores na casa:																
DOCUMENTAÇÃO																							
Identificação: () RG () RNE				Número:			Data de expedição: ____/____/____																
Órgão Emissor/UF:				Naturalidade:			Estado Civil:																
							Carteira Reservista:																
Caso o candidato não apresente os comprovantes de regularidade do CPF e Título de Eleitor, o servidor deverá preencher a tabela abaixo após consulta <i>online</i> na base de dados do órgão ou entidade responsável pelo documento, conforme art. 2º do Decreto nº 9.094, de 17 de julho de 2017. Não sendo possível a emissão do documento, o candidato fará declaração nos termos do § 2º do art. 3º da Lei 13.726, de 8 de outubro de 2018 para posterior consulta pela instituição.																							
CPF nº:										Título: nº											UF:		
() Comprovante apresentado.					() Comprovante apresentado.																		
() CPF NÃO regular na data da matrícula.					() Não tem Título de Eleitor																		
() CPF regular na data de ____/____/____.					() NÃO ESTÁ quite com a justiça eleitoral na data da matrícula.																		
() ESTÁ quite com a justiça eleitoral em ____/____/____.																							
Assinatura										Assinatura													
ENDEREÇO E CONTATO																							
Endereço:																							
Complemento:										Bairro:										Nº			
CEP:										Zona:		() Urbana () Rural								Cidade:		Estado:	
Celular 1: ()										Celular 2: ()										Telefone: ()			
E-mail do estudante:																							

E-mail dos pais ou responsável legal:
Celular dos pais ou responsável legal: Celular 1: () _____ Celular 2: () _____

SAÚDE			
Possui convênio médico? () Não () Sim Qual?			
Número da Carteirinha do Convênio:		Validade: ____/____/____	Número do Cartão do SUS:
Peso: _____Kg	Altura: _____m		Tipagem sanguínea:
Assinale com um X nas condições que alguma vez tenha apresentado ou que apresente com frequência:			
() Doença Renal (ou pedra nos rins)	() Asma	() Anemia	() Convulsão
() Hemofilia (ou dificuldade de cicatrização)	() Desmaio	() Diabetes	() Enxaqueca
() Hipertensão (pressão alta)	() Epilepsia	() Hepatite	() Depressão
() Perda da consciência	() Bronquite	() Vômitos	() Náuseas
() Sangramento no nariz	() Diarreia	() Gastrite	
() Outras: _____			
() Alergia: A que? _____			
No caso de estar em tratamento para alguma doença relate nos espaços abaixo e a medicação em uso:			
Doença	Remédio	Frequência de uso	Uso crônico (contínuo)
			() Sim () Não
			() Sim () Não
Deverá fazer uso de alguma medicação durante o período das aulas? Se sim, quais?			
Em caso de emergência, entrar em contato com: _____ tel.: () _____			
_____ tel.: () _____			
Deseja acrescentar outra informação sobre sua saúde ou alguma orientação caso necessite de atendimento médico?			
Apresenta algum tipo de deficiência, transtorno do espectro autista ou altas habilidades/superdotação?			
() Não () Sim. Qual?			
<u>Entrega de laudo médico emitido nos últimos 12 (doze) meses que indique o tipo, o grau ou o nível de deficiência que o acomete, com expressa referência ao código correspondente à Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS).</u>			
Se sim, assinale abaixo quais recursos julga necessários.			
() Auxílio Ledor	() Leitura Labial	() Intérprete de Libras	() Guia Intérprete
() Auxílio Transcrição	() Prova em Braille	() Outro	
ESCOLARIDADE – Ensino Médio (Integralmente em Rede Pública de Ensino, vide declaração abaixo)			
Ano de Conclusão:	Escola:		
Certificação do Ensino Médio por meio de Exame Específico:			
() ENEM () ENCCEJA () Outro (Descrever) _____			

DECLARAÇÃO DE VAGA RESERVADA (Lei nº 12.711/2012)
--

DECLARO, *sob* as penas da lei, que estou ciente de que a homologação da minha matrícula no IFSP está condicionada à análise e aprovação de todos os documentos entregues para comprovação da condição indicada por mim na inscrição para o processo seletivo, de acordo com o **Edital nº 832, de 25/11/2019**, a Lei nº 12.711/2012 (suas regulamentações e alterações), Portaria Normativa MEC nº 18/2012 (e suas alterações). Estou ciente de que, em caso de não comprovação dessa condição, minha matrícula será cancelada sem prejuízo das sanções penais eventualmente cabíveis no Código Penal* e às demais cominações legais aplicáveis.

EP + PCD: Candidatos que tenham cursado integralmente o ensino médio em escolas públicas (Lei nº 12.711/2012), independentemente da renda (art. 14, II, Portaria Normativa nº 18/2012), e é pessoa com deficiência (de acordo com o Art. 2º da Lei nº 13.146/15), segundo percentual de 22.6% da população do Estado de São Paulo, apurado pelo IBGE no Censo de 2010.

DECLARAÇÕES GERAIS

1. **DECLARO** ter ciência das principais regras referentes à utilização da biblioteca, estabelecidas no Regulamento de Uso das Bibliotecas (Portaria 1.612/2019) e descritas abaixo, e de que posso acessar o Regulamento completo no site da biblioteca do câmpus. Com anuência a referida declaração, comprometo-me a informar alterações dos meus dados cadastrais semestralmente ou quando ocorrerem.

- os materiais podem ser retirados pelos alunos mediante a apresentação de carteirinha estudantil ou documento oficial com foto;
- as quantidades de obras disponíveis para empréstimo e os prazos de devolução serão determinados pela biblioteca do câmpus;
- o não cumprimento dos prazos por parte dos usuários inscritos na biblioteca implica na suspensão do direito de novos empréstimos e renovações por período determinado;
- o usuário é responsável pelo material que estiver em sua posse, comprometendo-se em devolvê-lo no mesmo estado em que o recebeu.
- em caso de extravio ou danos, a biblioteca deve ser imediatamente comunicada, e o usuário deve repor a obra extraviada ou danificada.

2. **DECLARO**, para fins de cumprimento da Lei nº 12.089 de 11/11/2009, que **não estou matriculado simultaneamente, em mais de um curso de nível superior em nenhuma Instituição Pública de Ensino Superior em todo o Território Nacional.**

3. **DECLARO**, para fins de cumprimento do Decreto nº 5.493 de 18/07/2005(art.2º,§3º), que **não sou bolsista do PROUNI.**

4. **DECLARO** estar ciente e de acordo com o artigo 75, § 1º, da Organização Didática do Ensino Superior, que dispõe: **O cancelamento de matrícula compulsório poderá ser feito por iniciativa da instituição, por questões disciplinares, por evasão, por não efetuar a rematrícula dentro do prazo estipulado, por não comparecimento nos 10 primeiros dias letivos (quando ingressante), ou por não integralização do curso no prazo máximo previsto.**

TERMO DE REMATRÍCULA ONLINE PARA ESTUDANTE MENOR DE 18 ANOS

Estou ciente do processo de Rematrícula de forma online, que será realizado antes do início de cada período letivo, por meio do sistema acadêmico SUAP e como responsável legal, por meio desse termo:

(☐) **AUTORIZO** o(a) aluno(a) a realizar a sua rematrícula, utilizando o seu usuário e senha no sistema SUAP, e estou ciente que poderei realizar o acompanhamento dos registros acadêmicos através do mesmo sistema, empregando a chave de acesso, que consta no boletim impresso do discente.

(☐) **NÃO AUTORIZO** o(a) aluno(a) a realizar a sua rematrícula, utilizando o seu usuário e senha no sistema SUAP, e estou ciente que terei que comparecer presencialmente ao câmpus em cada período de rematrícula, conforme calendário acadêmico, para realizar o procedimento de rematrícula.

Estando de acordo com o Regimento Interno desta Instituição e de seus anexos, vem respeitosamente requerer ao Sr. Diretor-geral do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo – IFSP – Câmpus Sertãozinho, a matrícula neste Curso.

Nestes termos pede deferimento,

Sertãozinho, _____ de _____ de 2023.

Assinatura do(a) candidato(a) ou responsável legal

*Código Penal – FALSIDADE IDEOLÓGICA

Art. 299: omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Fluxo administrativo/educacional: (Uso Exclusivo da Instituição)

Coordenadoria de Registros Acadêmicos:	Data:	Visto do servidor
☐ Dados atualizados no SUAP.	____/____/____	
☐ Matriculado(a) no SISTEC.	____/____/____	
☐ Encaminhado(a) ao NAPNE.	____/____/____	