**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO****I - DADOS PESSOAIS:**

NOME: _____
DATA DE NASCIMENTO: _____ / _____ / _____ IDADE: _____
CURSO: _____ MATRÍCULA: _____
SÉRIE(Integrado): _____ MÓDULO(Técnico subsequente): _____ PERÍODO(Superior): _____
CPF: _____ IDENTIDADE/ ORG.EXP: _____
ENDEREÇO RESIDENCIAL DO ALUNO (Rua/Avenida, etc.): _____
Nº: _____ APARTAMENTO: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____
PONTO DE REFERÊNCIA: _____
TELEFONE PARA CONTATO (residencial): _____ CELULAR: _____
EMAIL: _____
NOME COMO OS PAIS SÃO CONHECIDOS (APELIDO): _____

MORADIA DO/A ALUNO/A:

<input type="checkbox"/> SOZINHO	<input type="checkbox"/> FAMÍLIA
<input type="checkbox"/> PARENTES	<input type="checkbox"/> PENSÃO
<input type="checkbox"/> REPÚBLICA	

SITUAÇÃO DE MORADIA:

<input type="checkbox"/> CASA PRÓPRIA	<input type="checkbox"/> CASA FINANCIADA
<input type="checkbox"/> CASA ALUGADA	<input type="checkbox"/> CASA CEDIDA
<input type="checkbox"/> OUTROS	

III – SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA**ASSINALE A SUA SITUAÇÃO DE TRABALHO:**

<input type="checkbox"/> TRABALHO COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO	<input type="checkbox"/> TRABALHO TEMPORÁRIO
<input type="checkbox"/> TRABALHO AUTÔNOMO	<input type="checkbox"/> TRABALHO INFORMAL
<input type="checkbox"/> TRABALHO EM EMPRESA PRÓPRIA	<input type="checkbox"/> RECEBE SEGURO DESEMPREGO



<input type="checkbox"/> NUNCA TRABALHOU	<input type="checkbox"/> NUNCA TRABALHOU COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO
<input type="checkbox"/> PENSIONISTA	<input type="checkbox"/> AFASTADO
<input type="checkbox"/> OUTROS	

QUAL A SUA SITUAÇÃO EM RELAÇÃO À RENDA FAMILIAR:

<input type="checkbox"/> É ARRIMO DE FAMÍLIA (Principal responsável)	<input type="checkbox"/> CONTRIBUI COM A RENDA FAMILIAR
<input type="checkbox"/> É DEPENDENTE	<input type="checkbox"/> NÃO CONTRIBUI E SE MANTÉM SOZINHO.

QUAL A SITUAÇÃO DE SAÚDE NA FAMÍLIA:

EXISTE ALGUÉM NA FAMÍLIA COM PROBLEMAS PERMANENTES DE SAÚDE?

 SIM NÃO

EM CASO AFIRMATIVO, QUAL É O MEMBRO DA FAMÍLIA? _____

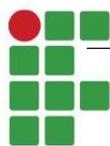
QUAL É O TIPO DE DOENÇA? _____

A RESIDÊNCIA DE SUA FAMÍLIA É:

<input type="checkbox"/> PRÓPRIA E QUITADA	<input type="checkbox"/> PRÓPRIA EM FINANCIAMENTO
<input type="checkbox"/> ALUGADA	<input type="checkbox"/> DE HERDEIROS
<input type="checkbox"/> CEDIDA	

POSSUI GASTOS COM MORADIA? NÃO () SIM () ESPECIFIQUE:

<input type="checkbox"/> ALUGUEL. VALOR: _____	<input type="checkbox"/> CONDOMÍNIO. VALOR: _____
<input type="checkbox"/> ÁGUA. VALOR: _____	<input type="checkbox"/> LUZ. VALOR: _____
<input type="checkbox"/> TELEFONE. VALOR: _____	<input type="checkbox"/> FINANCIAMENTO DE CASA PRÓPRIA. _____



COMPOSIÇÃO DA RENDA FAMILIAR - o(a) aluno(a), os pais, os irmãos(as), esposo (a), filhos(as), sogro(a),tio(a), agregados – **todas as pessoas que residem com a família.**

Nome Aluno/Parente/agregado	Idade	Parentesco (com o aluno)	Profissão	Renda
TOTAL DA RENDA FAMILIAR				
TOTAL DE DEPENDENTES DA RENDA				

*Apresentar Xerox da Carteira de Identidade e/ou Certidão de Nascimento e Comprovante de Renda de cada componente familiar.

IV – SOLICITAÇÃO

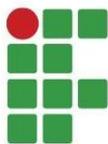
Armação Lentes Corretivas Armação + Lentes

VOCÊ JÁ É USUÁRIO DE ÓCULOS?

NÃO SIM Quantos Graus? _____

VOCÊ JÁ É CONTEMPLADO COM ALGUM TIPO DE AUXÍLIO DO IFPB - *CAMPUS SOUSA*?

NÃO SIM Qual? _____



INSTITUTO FEDERAL

Paraíba

Descreva de que modo a sua dificuldade visual interfere nas atividades escolares ou aprendizado.

Declaro sob as penalidades da Lei (Art. 299 do Código Penal) que as declarações supracitadas correspondem à verdade e estou ciente de que a constatação da fraude ou omissão nas informações declaradas poderá acarretar o indeferimento do auxílio.

Sousa, _____ de _____ de _____.

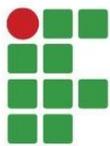
Assinatura do estudante ou responsável

www.ifpb.edu.br

NOSSA MISSÃO: Ofertar a educação profissional, tecnológica e humanística em todos os seus níveis e modalidades por meio do Ensino, da Pesquisa e da Extensão, na perspectiva de contribuir na formação de cidadãos para atuarem no mundo do trabalho e na construção de uma sociedade inclusiva, justa, sustentável e democrática.

VALORES E PRINCÍPIOS: Ética, Desenvolvimento Humano, Inovação, Qualidade e Excelência, Transparência, Respeito, Compromisso Social e Ambiental.





DECLARAÇÃO DE RENDA FAMILIAR (Trabalho Informal ou Autônomo)

Eu, _____,
portador do CPF: _____ e da carteira de identidade: _____, residente
à rua: _____, N° _____,
bairro: _____, município: _____. Declaro que a renda
familiar do candidato: _____ é de R\$ _____ mensais
referentes a ganhos em trabalhos informais ou autônomos, por desenvolver atividades de

_____. Declaro ainda que, o
valor acima apresentado é verdadeiro e estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação
de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam em desclassificação no processo seletivo para
Programas da Política de Assistência Estudantil. As informações constantes nesta declaração são de
minha responsabilidade e, caso sejam inverídicas, responderei em conformidade com a legislação
vigente.

_____, de _____ de 201__

Assinatura do declarante

TESTEMUNHAS:

1. _____,
CPF: _____, carteira de identidade: _____, residente à rua:
_____, N° _____, Bairro:
_____, município: _____.

2. _____,
CPF: _____, carteira de identidade: _____, residente à rua:
_____, N° _____, Bairro:
_____, município: _____.

Assinatura - Testemunha 1

Assinatura - Testemunha 2



INSTITUTO FEDERAL

Paraíba

DECLARAÇÃO DE RENDA (Produtor Rural)

Eu, _____, portador do CPF:

_____ e da carteira de identidade: _____, residente à rua:

Nº _____, Bairro: _____, Município: _____,

declaro para os devidos fins que possuo remuneração média mensal de R\$ _____ referentes a ganhos em produção rural, desenvolvendo atividades de _____.

Declaro ainda que, o valor acima apresentado é verdadeiro e estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam em desclassificação no processo seletivo para Programas da Política de Assistência Estudantil. As informações constantes nesta declaração são de minha responsabilidade e, caso sejam inverídicas, responderei em conformidade com a legislação vigente.

_____, de _____ de 201__

Assinatura do declarante

TESTEMUNHAS:

1. _____,

CPF: _____, carteira de identidade: _____, residente à rua:

_____, Nº _____, Bairro:

_____, município: _____.

2. _____,

CPF: _____, carteira de identidade: _____, residente à rua:

_____, Nº _____, Bairro:

_____, município: _____.

Assinatura - Testemunha 1

Assinatura - Testemunha 2

www.ifpb.edu.br

NOSSA MISSÃO: Ofertar a educação profissional, tecnológica e humanística em todos os seus níveis e modalidades por meio do Ensino, da Pesquisa e da Extensão, na perspectiva de contribuir na formação de cidadãos para atuarem no mundo do trabalho e na construção de uma sociedade inclusiva, justa, sustentável e democrática.

VALORES E PRINCÍPIOS: Ética, Desenvolvimento Humano, Inovação, Qualidade e Excelência, Transparência, Respeito, Compromisso Social e Ambiental.





INSTITUTO FEDERAL

Paraíba

DECLARAÇÃO DE AJUDA FINANCEIRA DE TERCEIROS

Eu, _____ (*pessoa que ajuda*), inscrito no CPF sob o nº _____, portador do RG nº _____, residente e domiciliado na rua _____, nº _____, no município de _____, declaro para os devidos fins, que ajudo _____ financeiramente _____ (*nome do membro do grupo familiar que recebe ajuda*) com o valor mensal de aproximadamente R\$ _____.

Declaro ainda que, o valor acima apresentado é verdadeiro e estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam em desclassificação no processo seletivo para Programas da Política de Assistência Estudantil. As informações constantes nesta declaração são de minha responsabilidade e, caso sejam inverídicas, responderei em conformidade com a legislação vigente.

_____, de _____ de 201__

Assinatura do declarante

TESTEMUNHAS:

1. _____,
CPF: _____, carteira de identidade: _____, residente à rua:
_____, Nº _____, Bairro:
_____, município: _____.

2. _____,
CPF: _____, carteira de identidade: _____, residente à rua:
_____, Nº _____, Bairro:
_____, município: _____.

Assinatura - Testemunha 1

Assinatura - Testemunha 2

www.ifpb.edu.br

NOSSA MISSÃO: Ofertar a educação profissional, tecnológica e humanística em todos os seus níveis e modalidades por meio do Ensino, da Pesquisa e da Extensão, na perspectiva de contribuir na formação de cidadãos para atuarem no mundo do trabalho e na construção de uma sociedade inclusiva, justa, sustentável e democrática.

VALORES E PRINCÍPIOS: Ética, Desenvolvimento Humano, Inovação, Qualidade e Excelência, Transparência, Respeito, Compromisso Social e Ambiental.





INSTITUTO FEDERAL

Paraíba

DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA.

Eu, _____, CPF nº _____, RG _____, declaro sob responsabilidade e penas da lei, que pago mensalmente pensão alimentícia, no valor de R\$ _____.

Estou ciente de que a omissão de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos e/ou divergentes implicam, a qualquer tempo, em desclassificação no processo seletivo para Programas da Política de Assistência Estudantil. As informações constantes nesta declaração são de minha responsabilidade e, caso sejam inverídicas, responderei em conformidade com a legislação vigente.

_____, _____ de _____ de 201__.

Assinatura do Declarante

DADOS DE QUEM PAGA A PENSÃO

Nome: _____

Endereço Completo: _____

Telefone(s): _____

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DA PENSÃO

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____

Nome: _____ Idade: _____

www.ifpb.edu.br

NOSSA MISSÃO: Ofertar a educação profissional, tecnológica e humanística em todos os seus níveis e modalidades por meio do Ensino, da Pesquisa e da Extensão, na perspectiva de contribuir na formação de cidadãos para atuarem no mundo do trabalho e na construção de uma sociedade inclusiva, justa, sustentável e democrática.

VALORES E PRINCÍPIOS: Ética, Desenvolvimento Humano, Inovação, Qualidade e Excelência, Transparência, Respeito, Compromisso Social e Ambiental.

