FOTO

3X4

# FICHA DE CADASTRO DE ALUNO REGULAR

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dados Pessoais** | | | | | | |
| Nome: | | | | | | |
| Matrícula: | | | | | | |
| Filiação. Mãe: | | | | | | |
| Pai: | | | | | | |
| Endereço: | | | | | | |
| CEP: | | | | Bairro: | | |
| Cidade: | | | | Estado: | | |
| Telefone Residencial: | | | | Telefone Celular: | | |
| Estado Civil: | | | | | | |
| Naturalidade: | | | | Nacionalidade: | | |
| Data de Nascimento (dd/mm/aaaa): | | | | | | |
| RG: | | Emissão: | | | | Órgão: |
| CPF: | | | | PIS/PASEP: | | |
| Título de Eleitor: | | Zona: | | | | Seção: |
| Doc. Militar: | Tipo:  Data de Emissão: | | | | Órgão Emissor:  ( ) MEX ( ) MMA ( ) MAE | |
| E-mail: | | | E-mail: | | | |
| Banco: Brasil | | Agência: | | | | Conta: |
| **Dados Profissionais** | | | | | | |
| Exerce Atividade Profissional? ( ) Sim ( ) Não | | | | | | |
| Se a resposta for afirmativa, indique se a instituição é ( ) Pública ( ) Privada | | | | | | |
| Seu vínculo de trabalho é? ( ) Permanente ( ) Temporário | | | | | | |
| Cargo ou função: | | | | | | |
| Mês e ano de início do vínculo empregatício: | | | | | | |
| Qual é o nome da instituição pública em que trabalha? | | | | | | |
| Qual é o nome da instituição privada em que trabalha? | | | | | | |
| Qual é o seu horário de trabalho? | | | | | | |
| **Formação – Ensino Fundamental** | | | | | | |
| Nome da instituição: | | | | | | |
| Tipo de instituição: ( ) Pública ( ) Privada | | | | | | |
| País: | | Cidade: | | | | Estado: |
| Data de Início: | | | | Data Término: | | |
| **Formação – Ensino Médio** | | | | | | |
| Nome da instituição: | | | | | | |
| Tipo de instituição: ( ) Pública ( ) Privada | | | | | | |
| País: | | Cidade: | | | | Estado: |
| Data Início: | | | | Data Término: | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formação Acadêmica – Graduação** | | | |
| Nome do Curso 1: | | | |
| Instituição: | | | |
| País: | Cidade: | | Estado: |
| Data Início: | | Data Término: | |
|  | | | |
| Nome do Curso 2: | | | |
| Instituição: | | | |
| País: | Cidade: | | Estado: |
| Data Início: | | Data Término: | |
| **Formação Acadêmica – Pós-Graduação – Especialização** | | | |
| Nome do Curso 1: | | | |
| Instituição: | | | |
| País: | Cidade: | | Estado: |
| Data Início: | | Data Término: | |
|  | | | |
| Nome do Curso 2: | | | |
| Instituição: | | | |
| País: | Cidade: | | Estado: |
| Data Início: | | Data Término: | |
| **Bolsa de Estudo** | | | |
| Necessita de bolsa de estudo?  ( ) Sim ( ) Não | | | |
| Belém, de de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Discente | | | |