**ANEXO II: CADASTRO ACADÊMICO**

|  |
| --- |
| **CURSO: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO INCLUSIVA - PROFEI** |
|  | Cole sua foto aqui.Foto 3x4 |
| **DADOS PESSOAIS** |
| Nome: |
| Nome Social: |
| Data de Nascimento: | Sexo: |
| Nacionalidade: | Estado Civil: |
| Naturalidade (cidade): |  | Estado (UF): |
| Filiação: | Nome do Pai: |
| Nome da Mãe: |
| E-mail: |
| Etnia: ( )Branco ( )Pardo ( )Negro ( )Índio ( )Amarelo | Tipo Sanguíneo: |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTAÇÃO** |
| RG: | Estado(UF): | Órgão Emissor: | Data de Emissão: |
| CPF: |
| Título de Eleitor: | UF: | Data de Emissão: |
| Documento Militar: | Série: |

|  |
| --- |
| **ENDEREÇO** |
| Endereço Residencial: |
| Cidade: | UF: | Bairro: | CEP: |
| Telefone Residencial: ( ) | Telefone Celular: ( | ) |  |

|  |
| --- |
| **DADOS ESCOLARES – ENSINO MÉDIO** |
| Instituição: |
| Ano de Conclusão: |
| Natureza jurídica do estabelecimento de ensino: ( ) Pública ( ) Privada |
| Cidade: | Estado: |

|  |
| --- |
| **DADOS ACADÊMICOS – ENSINO SUPERIOR** |
| Curso: |
| ( )Bacharelado ( )Licenciatura ( )Tecnólogo |
| Ano de ingresso: | Ano de Conclusão: |
| Instituição: |
| Cidade: | Estado: |

**Declaro, mais, estar ciente de que devo comunicar a esse Centro de Registro e Controle Acadêmico da UNIFESSPA qualquer alteração que venha a ocorrer na condição ora declarada, enquanto durar o vínculo acadêmico com a Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará.**

**Atesto que as informações acima estão corretas.**

Data: / /

 Assinatura do(a) discente Assinatura do(a) Servidor