



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA
REITORIA

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

CURSO: **ANO:**

DADOS DO ALUNO

NOME:

RG (Registro Geral)

CPF (Cadastro de Pessoa Física)

COR/RAÇA

- Branco Preto Pardo Indígena Amarelo NÃO DECLARADA

FAIXA DE RENDA FAMILIAR

- 0 < RFP = 0,5 SALÁRIOS MÍNIMOS (de R\$ 0,00 a R\$ 550,00 por pessoa) 2,5 < RFP = 3,5 SALÁRIOS MÍNIMOS (de R\$ 2.750,01 a R\$ 3.850,00 por pessoa)
- 0,5 < RFP = 1 SALÁRIOS MÍNIMOS (de R\$ 550,01 a R\$ 1.100,00 por pessoa) RFP > 3,5 SALÁRIOS MÍNIMOS (maior que R\$ 3.850,01 por pessoa)
- 1 < RFP = 1,5 SALÁRIOS MÍNIMOS (de R\$ 1.100,01 a R\$ 1.650,00 por pessoa)
- 1,5 < RFP = 2,5 SALÁRIOS MÍNIMOS (de R\$ 1.650,01 a R\$ 3.850,00 por pessoa)

Número de dependentes da renda:

ENDEREÇO

RUA

NÚMERO

BAIRRO

CIDADE

ESCOLA ANTERIOR

NOME

ANO DE CONCLUSÃO

LOCALIDADE

TIPO DE ESCOLA

- Pública Privada

Estou ciente que ao assinar e enviar esse documento:

- Autorizo Instituto Federal Farroupilha, pessoa jurídica de direito público, o uso de imagem e voz do aluno, em decorrência de atividades de ensino, pesquisa e extensão.
- Autorizo o aluno a participar de viagens de estudo
- O aluno terá a matrícula cancelada automaticamente caso não frequente, sem justificativa os 5 (cinco) primeiros dias consecutivos de aula
- Não possuir matrícula ativa ou trancada em curso de graduação nesta ou em outra instituição pública de ensino. De acordo com a Lei nº 12.089 de 11 de novembro de 2009.

_____/_____/_____
Assinatura do aluno