

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul

*Campus* Osório - Diretoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação

**EDITAL Nº 30/2023**

**PROCESSO SELETIVO ESPECIAL PARA INGRESSO DISCENTE NO SEMESTRE 2024/1 NO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU* EM EDUCAÇÃO BÁSICA E PROFISSIONAL**

**ANEXO V – FORMULÁRIO DE DADOS PESSOAIS**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO(A) ESTUDANTE** |
|  Nome civil: |  |
|  Nome social (se houver): |  |
| **COR / RAÇA DO(A) ESTUDANTE** |
|  ( ) Amarela ( ) Branca ( ) Indígena ( ) Parda ( ) Preta ( ) Não declarada  |
| **RENDA FAMILIAR PER CAPITA DO(A) ESTUDANTE** |
|  ( ) Menor que meio salário mínimo ( ) De 2 a 2,5 salários mínimos ( ) Maior que 3 salários mínimos ( ) De 1 a 1,5 salários mínimos ( ) De 2,5 a 3 salários mínimos ( ) Não declarada ( ) De 1,5 a 2 salários mínimos  |
| **NECESSIDADES ESPECÍFICAS DO(A) ESTUDANTE** |
|  **Estudante com deficiência?** ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual tipo de deficiência? ( ) Cegueira ( ) Baixa visão ( ) Surdez ( ) Deficiência auditiva ( ) Surdocegueira ( ) Deficiência física ( ) Deficiência intelectual ( ) Deficiências múltiplas ( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Estudante com transtorno global do desenvolvimento?** ( ) Sim ( ) Não  Se sim, qual tipo de transtorno? ( ) Autismo ( ) Síndrome de Asperger ( ) Síndrome de Rett  ( ) Transtorno desintegrativo ( ) Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Estudante com altas habilidades/superdotação?** ( ) Sim ( ) Não |
| **ENDEREÇO E TRANSPORTE ESCOLAR DO(A) ESTUDANTE** |
| Localização/Zona da residência:( ) Urbana ( ) Rural Rua: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Estudanteutilizará transporte público para o transporte escolar? ( ) Sim ( ) Não Se utilizará, qual o tipo de veículo utilizado no transporte escolar? ( ) Vans/Kombi ( ) Micro-ônibus ( ) Ônibus  Se utilizará, qual o poder público responsável pelo transporte escolar? ( ) Municipal ( ) Estadual |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura do(a) estudante