



## **MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

## **SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO AMAZONAS.**

**CAMPUS MANAUS CENTRO**

**QUESTIONÁRIO PARA ALUNOS EGRESSOS**

1. NOME:

.........................................................................................................................

1. NATURALIDADE:........................................ NACIONALIDADE:.........................
2. ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:............................................................

.........................................................................................................................

BAIRRO:....................................................CEP:................................................

MUNICÍPIO:...................................................... UF:..........................................

1. TELEFONE:........................................../.............................................................
2. E-MAIL:.............................................................................................................
3. DATA DE NASCIMENTO:........../............/................ IDADE:.............................
4. LOCAL DE NASCIMENTO:................................................................... UF:........

MARQUE APENAS UMA RESPOSTA PARA CADA QUESTÃO:

1. SEXO: ( ) MASCULINO ( ) FEMININO
2. CURSO REALIZADO:

( ) TÉCNICO INTEGRADO

( ) TÉCNICO SUBSEQUENTE

( ) LICENCIATURA

( ) TECNOLÓGICO

( ) ENGENHARIA

1. ANO DE CONCLUSÃO DO CURSO: ..................................
2. IDADE QUANDO CONCLUIU O CURSO:...........................
3. SEMESTRE DE CONCLUSÃO DO CURSO:..........................
4. QUANTO TEMPO VOCÊ LEVOU PARA CONCLUIR O CURSO? ................SEMESTRE(S)
5. TURNO FREQUENTADO: ( ) MANHÃ ( ) TARDE ( ) NOITE
6. VOCÊ FEZ CURSO:

( ) TRABALHANDO NA ÁREA

( ) TRABALHANDO FORA DA ÁREA

( ) SEM TRABALHAR

1. ATUALMENTE VOCÊ FAZ FACULDADE OU PÓS-GRADUAÇÃO:

( ) NA MESMA ÁREA DE FORMAÇÃO

( ) EM OUTRA ÁREA – INFORME AQUI:..........................................

( ) NÃO ESTÁ CURSANDO FACULDADE OU PÓS-GRADUAÇÃO

( ) JÁ CONCLUIU A FACULDADE OU PÓS-GRADUAÇÃO CURSO:......................................

1. ATUALMENTE VOCÊ :

( ) TRABALHA EM SUA ÁREA DE FORMAÇÃOEMPRESA INDUSTRIAL OU AGRÍCOLA

( ) TRABALHA COMO AUTÔNOMO OU PROPRIETÁRIO RURAL

( ) TRABALHA EM ORGÃO GOVERNAMENTAL

( ) OUTROS (ESPECIFICAR):.......................................................................................

1. NOME DA EMPRESA NA QUAL TRABALHA ATUALMENTE:.................................................
2. ENDEREÇO COMERCIAL:.....................................................................................................

............................................................................................................................................

BAIRRO:......................................................... CEP:............................................................

1. TELEFONE:..................................../.................................................RAMAL:......................
2. E-MAIL:..............................................................................................................................
3. NOME COMPLETO DO SUPERVISOR/ CHEFE IMEDIATO:

.........................................................................................................................................

1. SEU TRABALHO É NA ÁREA DE FORMAÇÃO: ( ) SIM ( )NÃO
2. CARGO:.............................................................................................................................
3. DATA EM QUE FOI ADMITIDO NO EMPREGO: ................................................................
4. CARACTERÍSTICAS PREDOMINANTE DE SUA FUNÇÃO:

( ) PROJETOS ( ) MANUTENÇÃO ( ) EXECUÇÃO ( ) CHEFIA

( ) OUTROS (ESPECIFICAR):............................................................................................

1. QUAL O SEU RENDIMENTO MENSAL:

( ) MENOS DE 1 SALÁRIO MÍNIMO

( ) 1 A 3 SALÁRIOS MÍNIMOS

( ) 4 A 5 SALÁRIOS MÍNIMOS

( ) 6 A 10 SALÁRIOS MÍNIMOS

( ) ACIMA DE 10 SALÁRIOS MÍNIMOS

1. SE ESTIVER TRABALHANDO FORA DA ÁREA DE FORMAÇÃO, INDIQUE O MOTIVO:

( ) NÃO ENCONTREI TRABALHO NA ÁREA DE FORMAÇÃO

( ) BAIXOS SALÁRIOS

( ) EXIGÊNCIA DE EXPERIÊNCIA

( ) TRABALHOS OFERTADOS FORA DO MEU ATUAL DOMICÍLIO

( ) A FORMAÇÃO RECEBIDA NÃO ATENDE ÀS SOLICITAÇÕES DO MERCADO

( ) NÃO ME SENTI SEGURO PARA TRABALHAR NA ÁREA

( ) FALTA DE TRABALHO EM ÁREA ESPECÍFICA DO MEU INTERESSE

( ) ESCOLHA VOCACIONAL EQUIVOCADA

( ) DISCRIMINAÇÃO QUANTO AO SEXO EXIGIDO PARA A FUNÇÃO

( ) OUTRAS (ESPECIFIQUE):..................................................................................

1. DIFICULDADES ENCONTRADAS NO DESEMPENHO DE SUA PROFISSÃO, EM RELAÇÃO AO CURRÍCULO CURSADO:

( ) CARGA HORÁRIA DAS DISCIPLINAS PROPEDÊUTICAS (CULTURA GERAL) FOI PEQUENA

( ) CARGA HORÁRIA DAS DISCIPLINAS TÉCNICAS/ TEÓRICAS FOI PEQUENA.

( ) CARGA HORÁRIA DAS DISCIPLINAS PRÁTICAS FOI PEQUENA.

( ) POUCA ARTICULAÇÃO ENTRE AS DISCIPLINAS.

( ) POUCA OFERTA DE ATIVIDADES COMPLEMENTARES

( ) OUTRA......................................................................................................................

1. CONSIDERA QUE A MATRIZ CURRICULAR FOI SUFICIENTE PARA SEU DESEMPENHO PROFISSIONAL?

( ) SIM ( ) NÃO

ESPAÇO PARA COMENTÁRIOS E SUGESTÕES:

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

DATA:........./.........../.....................

PARTICIPAÇÃO NO ENCONTRO DE EGRESSOS 2015: ( ) SIM ( ) NÃO

**Solicitamos o envio deste questionário respondido e a confirmação de sua participação no Encontro de Egressos 2015 pelo e-mail:** <egressos.cmc@ifam.edu.br>

Agradecemos a colaboração