

ANEXO - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO
(APENAS PARA CANDIDATOS DOS GRUPOS R1, R2, R3 e R4)

Nome completo:		
Nome Social (caso possua):		
Curso:		
Grupo de vagas:	<input type="checkbox"/> AC <input type="checkbox"/> PCD <input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R3 <input type="checkbox"/> R4 <input type="checkbox"/> R5 <input type="checkbox"/> R6 <input type="checkbox"/> R7 <input type="checkbox"/> R8 <input type="checkbox"/> OUTRO	
Forma e Modalidade de concorrência:	<input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO INTEGRADO <input type="checkbox"/> PROEJA <input type="checkbox"/> SUBSEQUENTE <input type="checkbox"/> ESPECIALIZAÇÃO TÉCNICA DE NÍVEL MÉDIO <input type="checkbox"/> GRADUAÇÃO	
Data de Nascimento: ___/___/___	Idade:	Sexo:
RG:	CPF:	
Naturalidade: _____ (Município/Estado de nascimento)	Nacionalidade: _____ (País)	
Você se autodeclara em qual grupo étnico: <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Quilombola		
Contato telefônico do candidato/a		Contato telefônico do responsável
Endereço:		N°
Bairro/Comunidade:		Ponto de Referência:
CEP:	Cidade/UF:	
E-mail:		
Estado Civil do/a candidato/a: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Vive com companheiro <input type="checkbox"/> Outros		
Grau de Instrução: <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Ensino Técnico <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo <input type="checkbox"/> Outro		
No caso de pais separados, você ou seus pais recebem pensão alimentícia? <input type="checkbox"/> Sim Valor: _____ <input type="checkbox"/> Não		
A sua família é beneficiária de programas e/ou benefícios sociais do governo federal?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Bolsa Família <input type="checkbox"/> Benefício de Prestação Continuada – BPC/LOAS <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Você possui algum tipo de deficiência - PCD?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Física/Motora <input type="checkbox"/> Mental /Intelectual <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Múltipla	
Você necessita de algum recurso pedagógico adaptado para estudar - PCD?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____	

COMPOSIÇÃO FAMILIAR DO/A CANDIDATO/A:

Descreva na tabela abaixo o seu nome e de todas as pessoas que contribuem e/ou dependem da renda da sua família, informando todos os campos

Nome	CPF	Parentesco (Ex.: mãe, pai, irmão, etc),	Idade	OCUPAÇÃO (estudante, dona de casa, comerciante, etc)	Valor da Renda
		Candidato (a)			

Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas.

Local: _____, Data: ___ de _____ de 20__.

Assinatura do declarante_____
Assinatura do representante legal (em caso de menor de idade)