



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA BAIANO
SETOR DE REGISTROS ACADÊMICOS - SRA
CAMPUS ALAGOINHAS

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO NO PROGRAMA CAPACITA ALAGOINHAS - 2022

NOME DO CURSO
 Mídias Digitais Fotografia Digital Manutenção de Computadores Gestão de Pessoas Preparação de Doces

MODALIDADE _____ **TURNO** _____

DADOS DO ALUNO
NOME COMPLETO _____ **ESTADO CIVIL** _____

DATA DE NASCIMENTO _____ **SEXO** _____ **CPF** _____ **RG** _____

NATURALIDADE _____ **UF** _____ **EMAIL** _____

NOME DA MÃE _____ **NOME DO PAI** _____

ENDEREÇO _____ **N.º** _____ **COMPLEMENTO** _____ **BAIRRO** _____

CIDADE _____ **CEP** _____ **TELEFONE 01** _____ **TELEFONE 02** _____

NECESSIDADE EDUCACIONAL ESPECÍFICA _____ **RAÇA/COR** _____

Escola de origem:
 Pública Privada **Ano de conclusão:** _____ **Nível de escolaridade:**
 Fundamental Médio Graduação

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO SOCIAL (NIS) _____ **FORMA DE INGRESSO** _____

DATA _____ **ASSINATURA** _____

DADOS DO RESPONSÁVEL (O preenchimento dos dados do responsável é obrigatório para alunos menores de 18 anos)

NOME _____ **PARENTESCO** _____

DATA DE NASCIMENTO _____ **SEXO** _____ **ESTADO CIVIL** _____ **RG** _____ **O. EXPEDIDOR/UF** _____ **CPF** _____

ENDEREÇO _____ **N.º** _____ **COMPLEMENTO** _____ **BAIRRO** _____

CIDADE _____ **CEP** _____ **TELEFONE 01** _____ **TELEFONE 02** _____

DATA _____ **ASSINATURA** _____

PREENCHIMENTO PELA SECRETARIA DE REGISTROS ACADÊMICOS (SRA)

DATA DE RECEBIMENTO _____ **ASSINATURA DO(A) SERVIDOR (A)** _____

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA BAIANO – CAMPUS ALAGOINHAS

Endereço: Rua Manoel Romão, S/N – Alagoinhas Velha – Cep 48.010.470 – Alagoinhas/BA

E-mail SRA: sra@alagoinhas.ifbaiano.edu.br

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

NOME DO CURSO _____

NOME DO REQUERENTE _____ **DATA** _____

ASSINATURA DO (A) SERVIDOR (A) _____