



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

FOTO
3X4

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO NO PROGRAMA CAPACITA ALAGOINHAS 2023

NOME DO CURSO <input type="checkbox"/> Mídias Digitais <input type="checkbox"/> Fotografia Digital <input type="checkbox"/> Manutenção de computadores <input type="checkbox"/> Gestão de pessoas <input type="checkbox"/> Preparação de Doces									
MODALIDADE									
DADOS DO ALUNO								ESTADO CIVIL	
NOME COMPLETO									
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 ESPECIFICA <input type="checkbox"/> Sim, especificar _____ <input type="checkbox"/> Não					RAÇA/COR				
Escola de origem: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada					Ano de conclusão:		Nível de escolaridade: <input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Graduação		
FORMA DE INGRESSO					DATA				
ASSINATURA DO ALUNO(A)									
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 MATRÍCULA

NOME DO CURSO	
NOME DO REQUERENTE	DATA
ASSINATURA DO (A) SERVIDOR (A)	