



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

FICHA CADASTRAL



CURSO: _____

FORMA DE INGRESSO:

SISU

REINTEGRAÇÃO

MODALIDADE:

PRESENCIAL

SEMESTRE:

1º

ANO _____

EXTRA VESTIBULAR

REOPÇÃO

À DISTÂNCIA

2º

TURNO _____

TRANSFERÊNCIA

PORTADOR DE DIPLOMA

NOME: _____

IDENTIDADE

ÓRGÃO

UF

DATA EXPEDIÇÃO

____/____/____

CPF:

TÍTULO ELEITORAL:

ZONA

SEÇÃO

UF

DATA DE NASCIMENTO:

____/____/____

SEXO

M
 F

ESTADO CIVIL

SOLTEIRO(A)
 CASADO(A)
 OUTROS

NATURALIDADE/NACIONALIDADE

CIDADE ONDE NASCEU _____
ESTADO _____
PAÍS _____

MÃE: _____

PAI: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL (RUA, Nº, APARTAMENTO, ETC) _____

BAIRRO _____ CEP _____ CIDADE _____ ESTADO _____

TELEFONE FIXO _____ CELULAR _____ EMAIL _____

ESTABELECIMENTO QUE CONCLUIU O ENSINO MÉDIO _____ ESTADO _____ ANO DE CONCLUSÃO _____

MODALIDADE DO ESTABELECIMENTO DE ENSINO

CERTIFICAÇÃO **PRIVADA** **PARCIALMENTE PUBLICA** **PUBLICA**

EM CASO DE ESCOLA PÚBLICA

MUNICIPAL
 ESTADUAL
 FEDERAL

COTISTA:

<input type="checkbox"/> ESC.PUB. / RENDA < 1,5 / ETNIA	<input type="checkbox"/> ESC.PUB. / ETNIA
<input type="checkbox"/> ESC.PUB. / RENDA < 1,5	<input type="checkbox"/> ESC.PUB.

AÇÃO AFIRMATIVA

NECESSIDADES ESPECIAIS

<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1-Cegueira	<input type="checkbox"/> 8-Deficiência Intelectual
<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> 2-Visão subnormal ou baixa visão	<input type="checkbox"/> 9-Autismo infantil
	<input type="checkbox"/> 3-Surdez	<input type="checkbox"/> 10-Síndrome de Asperger
	<input type="checkbox"/> 4-Deficiência auditiva	<input type="checkbox"/> 11-Síndrome de Rett
	<input type="checkbox"/> 5-Deficiência física	<input type="checkbox"/> 12-Transtorno Desintegrativo
	<input type="checkbox"/> 6-Surdocegueira	<input type="checkbox"/> 13-Altas habilidades/superdotação
	<input type="checkbox"/> 7-Deficiência múltipla	

Cor / Raça

<input type="checkbox"/> 1-Branca
<input type="checkbox"/> 2-Preta
<input type="checkbox"/> 3-Parda
<input type="checkbox"/> 4-Amarela
<input type="checkbox"/> 5-Indígena
<input type="checkbox"/> 6-Não dispõe da informação
<input type="checkbox"/> 7-Não declarado

Declaro que as informações prestadas são verídicas e que não possuo vínculo em Instituição Pública ou bolsa PROUNI.

CIDADE _____ DATA _____ ASSINATURA _____

Recepção DRCA (assinatura): _____