

## QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

(APENAS PARA CANDIDATOS DAS COTAS DE BAIXA RENDA)

<b>Nome completo:</b>		
<b>Nome Social (caso possua):</b>		
<b>Curso:</b>		
<b>Grupo de vagas:</b>	<input type="checkbox"/> AC <input type="checkbox"/> PCD <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> LB-PPI <input type="checkbox"/> LB-Q <input type="checkbox"/> LB-PCD <input type="checkbox"/> LB-EP <input type="checkbox"/> LI-PPI <input type="checkbox"/> LI-Q <input type="checkbox"/> LI-PCD <input type="checkbox"/> LI-EP <input type="checkbox"/> OUTRO	
<b>Forma e Modalidade de concorrência:</b>	<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	
<b>Data de Nascimento:</b> ____/____/____	<b>Idade:</b>	<b>Sexo:</b>
<b>RG:</b>	<b>CPF:</b>	
<b>Naturalidade:</b> (Município/Estado de nascimento)	<b>Nacionalidade:</b> (País)	
<b>Você se autodeclara em qual cor/grupo étnico:</b> <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Quilombola		
<b>Contato telefônico do/a candidato/a</b>		<b>Contato telefônico do/a responsável</b>
<b>Endereço:</b>		<b>Nº</b>
<b>Bairro/Comunidade:</b>		<b>Ponto de Referência:</b>
<b>CEP:</b>	<b>Cidade/UF:</b>	
<b>E-mail:</b>		
<b>Estado Civil do/a candidato/a:</b> <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		
<b>Grau de Instrução:</b> <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		
<b>No caso de pais separados, você ou seus pais recebem pensão alimentícia?</b> <input type="checkbox"/> Sim Valor: _____ <input type="checkbox"/> Não		
<b>A sua família é beneficiária de programas e/ou benefícios sociais do governo federal?</b>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Bolsa Família <input type="checkbox"/> Benefício de Prestação Continuada – BPC/LOAS <input type="checkbox"/> Outros: _____	
<b>Você possui algum tipo de deficiência - PCD?</b>	<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	
<b>Você necessita de algum recurso pedagógico adaptado para estudar - PCD?</b>	<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)