SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - MEC
UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ - UFOPA
Pró-Reitoria de Ensino de Graduação - PROEN
Diretoria de Registro e Avaliação Acadêmica - DRA

Foto
3 x 4

CADASTRO ACADÊMICO

OBS: ***Favor preencher com letra de forma.***

CAMPUS: Santarém			**CURSO:** Formação Interdisciplinar I			**MATRÍCULA**		
COTISTA	( )Não	( ) Sim	**PREFERÊNCIA DE TURNO**	( ) M, T, N ( ) M, N, T	( ) T, M, N ( ) T, N, M	( ) N, M, T ( ) N,T,M		
DADOS PESSOAIS E DOCUMENTAÇÃO								
NOME								
Data de Nascimento		**Sexo**	**( ) Feminino**	**( ) Masculino**				
Nacionalidade (país)						**Estado (UF)/ Sigla**		
Naturalidade (cidade)								
Estado civil	( )Solteiro	( )Casado	( ) União Estável	( ) Divorciado	( ) Viúvo	( ) Outros		
Filiação	**Pai**							
	Mãe							
Etnia	( ) Branco	( ) Pardo	( )Negro	( ) Amarelo	( )Índio	**Caso Indígena, especificar Povo**		
Tipo sanguíneo	( ) O	( ) A	( ) B	( ) AB	**Fator RH**	( ) Positivo	( ) Negativo	
PNE	( )Não	( )Sim	**Caso sim, especificar**					
RG		**Órgão emissor**		**UF**		**Emissão**		
CPF		**Doc. militar**				**Emissão**		
Título		**UF**		**Zona**		**Seção**		**Emissão**
CONTATOS								
Endereço								
Complemento						**CEP**		
Bairro		**Município**				**UF**		
Telefone Residencial	**( )**	**Celular**	**( )**					
E-mail								
DADOS ESCOLARES								
Estabelecimento de ensino						**Ano Conclusão/Médio**		
Estabelecimento Pertencente ao Sistema de Ensino	**( ) Público** **( ) Particular**	**Município**				**UF**		

Atesto que as informações acima estão corretas. Declaro que não ocupo vaga em quaisquer cursos de graduação de outra instituição pública de ensino superior brasileira, bem como de ter conhecimento de que a Lei nº 12.089, de 11 de novembro de 2009, proíbe a uma mesma pessoa ocupar, simultaneamente, duas vagas no mesmo curso ou em curso diferente em uma ou mais instituições públicas de ensino superior brasileira. Declaro, mais, estar ciente de que devo comunicar a essa Diretoria de Registro Acadêmico da UFOPA qualquer alteração que venha a ocorrer na condição ora declarada, enquanto durar o vínculo acadêmico com a Universidade Federal do Oeste do Pará.

Atesto que as informações acima estão corretas Data: ____de _____de_____

_____
Assinatura do Aluno

_____
Assinatura do Servidor da UFOPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ Diretoria de Registro e Avaliação Acadêmica - DRA	**Comprovante de habilitação**
Nome:_____ Curso: Formação Interdisciplinar I Turno:_____	**Servidor da UFOPA**