**Formulário de Inscrição Pró-Técnico – CEFET-MG**

**Identificação**

Nome:

CPF:

Data de nascimento:

Nome do responsável:

Endereço:

Telefone:

**Origem escolar**

**Onde você cursou o ensino fundamental?**

( ) Todos os anos na escola pública

( ) Parte em escola particular e parte em escola pública

( ) Em escola particular com bolsa

( ) Todos os anos em escola particular

**Raça/Etinia**

**Quanto à cor/etinia, como você se declara?**

( ) Branco

( ) Amarelo

( ) Indígena

( ) Pardo

( ) Preto

**Local de moradia**

A casa que você e sua família residem é:

( ) Própria já quitada

( ) Própria por herança ou doação

( ) Própria em pagamento . Valor da prestação \_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Alugada. Valor \_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Mora de favor ou emprestada ( ) Construída em lote de parentes   
( ) Outra situação. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Deslocamento para o CEFET-MG**

**Qual a forma de deslocamento que seria usado no trajeto de ida para as aulas do Pró-Técnico:**

( ) A pé ou bicicleta

( ) Um ônibus de até R$ 5,00 a passagem

( ) Um ônibus de mais de R$ 5,01

( ) Metrô

( ) Dois ônibus ou ônibus + metrô

( ) Escolar

( ) Outro

**Escolaridade do responsável 1**

**Qual a escolaridade de seu/sua responsável (mãe, pai, avós, tios ou quem tem responsabilidade financeira e/ou afetiva por você)**

( ) Sem escolaridade

( ) Ensino Fundamental Incompleto

( ) Ensino Fundamental Completo

( ) Ensino médio (Completo ou incompleto)

( ) Ensino superior Incompleto

( ) Ensino superior (e pós-graduação)

**Escolaridade do responsável 2**

**Qual a escolaridade de seu/sua outro/a responsável (mãe, pai, avós, tios ou quem tem responsabilidade financeira e/ou afetiva por você)**

( ) Sem escolaridade

( ) Ensino Fundamental Incompleto

( ) Ensino Fundamental Completo

( ) Ensino médio (Completo ou incompleto)

( ) Ensino superior Incompleto

( ) Ensino superior (e pós-graduação)

( ) Só há um/a responsável financeiro

**Benefícios assistenciais**

**Sua família recebe algum desses benefícios do governo? (marque sim ou não para cada uma das opções**

- Bolsa Família ( ) Não ( ) Sim. Valor?

- BPC/LOAS ( ) Não ( ) Sim. Valor?

- Bolsa moradia ( ) Não ( ) Sim. Valor?

**Doenças/Deficiências**

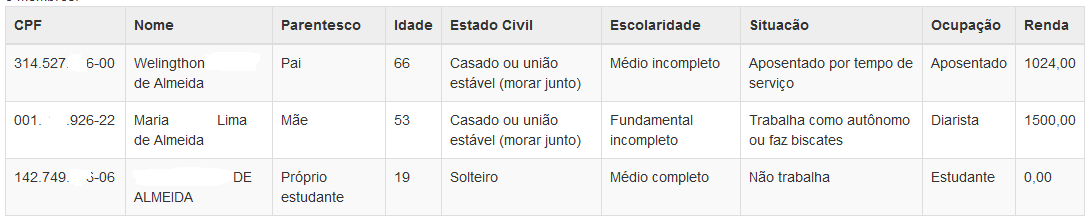
**Você ou alguém do seu grupo familiar tem alguma doença ou deficiência que o/a impeça de trabalhar?**

( ) Sim. Quem? Descreva.

( ) Não.

**Dados dos membros da família**

**Quantas pessoas, incluindo você, formam sua família?** \_\_\_\_

\* modelo do quadro

**Vocês recebem alguma outra renda? Marque sim ou não para cada um das opções:**

Aluguel: ( ) Não ( ) Sim. Valor?

Pensão por morte: ( ) Não ( ) Sim. Valor?

Pensão alimentícia (na justiça ou informal): ( ) Não ( ) Sim. Valor?

Ajuda de terceiros: ( ) Não ( ) Sim. Valor?

Outra renda: ( ) Não ( ) Sim. Valor?

**Informe ou esclareça sobre questões não contempladas neste formulário ou situações especiais que julgar conveniente**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TERMO DE COMPROMISSO

Declaramos que as informações prestadas correspondem à realidade. Estamos cientes de que a não veracidade das respostas desclassificará o candidato.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do candidato Assinatura do pai ou responsável / CPF