

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ**

## ANEXO I – FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

OBSERVAÇÃO: PREENCHA TODOS OS CAMPOS COM **LETRA DE FORMA!**

NOME DO CANDIDATO:		N° DA INSCRIÇÃO:	
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	
DATA DE NASCIMENTO:	N° DA IDENTIDADE:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	N° do CPF:
<input style="width: 100%;" type="text"/>			
ENDERECO:		N°	COMPLEMENTO:
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
SEXO:	TELEFONE CELULAR:	TELEFONE RESIDENCIAL:	TELEFONE COMERCIAL:
<input style="width: 100%;" type="text"/>			
E-MAIL:	PROFISSÃO:	NATURALIDADE	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

CAMPUS DO CURSO: ( ) CEDRO ( ) JAGUARIBE ( ) MARACANAÚ ( ) PECÉM ( ) TABULEIRO DO NORTE ( ) LIMOEIRO DO NORTE

PÚBLICO: ( ) EXTERNO ( ) INTERNO DO IFCE - N° de matrícula (se interno): \_\_\_\_\_

LOCAL, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO CANDIDATO

Você vai se inscrever na turma "Meninas em Ação"\* ( ) sim ( ) não

\*A turma "Meninas em Ação" será ofertada apenas no campus Maracanaú e será composta apenas de mulheres (100% mulheres).

Candidato(a) ou sua família recebe auxílio financeiro por meio de algum programa de transferência de renda? ( ) Sim ( ) Não;  
Caso sim, qual? ( ) Bolsa Família ( ) Vale gás ( ) Outro \_\_\_\_\_;

Candidato(a) está desempregado(a)? ( ) Sim ( ) Não;

Caso esteja, está recebendo seguro desemprego? ( ) Sim ( ) Não;

Pertence a população do Campo? ( ) Sim ( ) Não;

Caso sim,

- ( ) Trabalhador Extrativista
- ( ) Trabalhador Silvicultor
- ( ) Trabalhador Pescador
- ( ) Trabalhador Aquicultor
- ( ) Trabalhador Agricultor Familiar

É membro de povo indígena? ( ) Sim ( ) Não;

É membro de comunidade Quilombola? ( ) Sim ( ) Não;

Possui deficiência? ( ) Sim ( ) Não;

Caso sim, qual?

- ( ) Deficiência Intelectual
- ( ) Deficiência Física
- ( ) Deficiência Auditiva
- ( ) Surdez
- ( ) Baixa Visão
- ( ) Cegueira
- ( ) Surdocegueira
- ( ) Outro

---

**EDITAL N° \_\_\_\_/\_\_\_\_**  
**Curso de Eletricista de Sistemas de Energias**  
**Renováveis – ENERGIF-IFCE**  
**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

NOME DO CANDIDATO:

N° DA INSCRIÇÃO:

DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE:

(\_\_\_\_\_) / CE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

---

ASSINATURA DO SERVIDOR

---

ASSINATURA DO CANDIDATO