



<input type="checkbox"/> LICENCIATURA PLENA <input type="checkbox"/> LICENCIATURA. CURTA <input type="checkbox"/> ALUNO ÚLTIMO ANO DE LICENCIATURA PLENA <input type="checkbox"/> BACHAREL/TECNÓLOGO <input type="checkbox"/> ALUNO ÚLTIMO ANO BACHAREL/TECNÓLOGO	<b>Portador de Deficiência:</b> Em caso afirmativo, fazer declaração de próprio punho	( ) SIM    ( ) NÃO
--	--	--------------------

### 1. PREENCHIMENTO PELO CANDIDATO

NOME:						DATA DE NASC.: ____/____/____	
RG	DIG	UF	ORG. EMISSOR	DATA EMISSAO ____/____/____	CPF	Nº DEP.	
RAÇA/COR ( ) BRANCO                      ( ) NEGRO                      ( ) PARDO                      ( ) ÍNDIO							
FILIAÇÃO (Nome da mãe)							
ENDEREÇO					Nº	COMPLEMENTO	
BAIRRO			MUNICÍPIO			CEP	
<b>EMAIL – Obrigatório, sob pena de indeferimento da inscrição</b>				TELEFONES: Residencial: _____ Celular _____			

<u>Código do Curso</u> <b>(não preencher)</b>	1.Nome da Curso ( Licenciatura/Bacharel/Tecnólogo)	<u>Início Mês / Ano</u>	<u>Término Mês/ Ano</u>
<u>Licenciatura</u> <input type="checkbox"/> Plena <input type="checkbox"/> Curta <input type="checkbox"/> Não se Aplica	<u>Tipo de Entidade que ministrou o curso</u> <input type="checkbox"/> Pú. Estadual SP <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Outras Públicas <input type="checkbox"/> Cefam	<u>Órgão Reg. Diploma</u>	<u>Nº Reg. MEC ou Diploma</u>
<u>Código do Curso</u>	2.Nome do Curso (Licenciatura/Bacharel/Tecnólogo)	<u>Início Mês / Ano</u>	<u>Término Mês / Ano</u>
<u>Licenciatura</u> <input type="checkbox"/> Plena <input type="checkbox"/> Curta <input type="checkbox"/> Não se Aplica	<u>Tipo de Entidade que ministrou o curso</u> <input type="checkbox"/> Pú. Estadual SP <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Outras Públicas <input type="checkbox"/> Cefam	<u>Órgão Reg. Diploma</u>	<u>Nº Reg. MEC ou Diploma</u>

### 2. PREENCHIMENTO PELA COMISSÃO DE ATRIBUIÇÃO

HABILITAÇÕES DO CURSO LICENCIATURA PLENA		
Cód.Habilitação	Nome da Disciplina	Cód. Disciplina

QUALIFICAÇÕES DO CURSO ALUNO/BACHAREL/TECNÓLOGO		
Cód.Habilitação	Nome da Disciplina	Cód. Disciplina
999		
999		
999		

Assumo inteira responsabilidade pelas informações acima, em atendimento ao edital do 1 °Cadastramento Emergencial de 2022.

Atenção: enviar todos os documentos em PDF, digitalizados, arquivo único, de acordo com a listagem de documentos necessários para inscrição, no email [cadastroemergencialmirim@gmail.com](mailto:cadastroemergencialmirim@gmail.com)

DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____	Qualificação no PAEF:
Nome do Candidato	Nome do Supervisor de Análise da Formação	
_____	_____	Digitador
Assinatura do Candidato	Assinatura do Supervisor	

