**Ministério da Educação Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo**

**ANEXO II - FICHA DE INSCRIÇÃO DE ESTÁGIO**

|  |
| --- |
| **I – IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO:** |
| **Nome**: |
| **RG:** | **Órgão Emissor:** | **UF: Data Emissão:**  |
| **CPF: Data Nascimento:** |
| **Endereço:** |
| **Bairro:** | **Cidade:** | **UF:** | **CEP:** |
| **Telefones:** | **Residencial: ( )**  | **Celular: ( )** |
| **E-mail:** |
|  **INSTITUIÇÃO DE ENSINO:** |
| **Curso:** |
| **Ano/ Semestre:** |
| **Período:** | **Turno Disponível para o Estágio:****( ) Matutino ( ) Vespertino ( ) Noturno** |
| **Cor/Origem Étnica:****( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena**  |
| **Tipo de Vaga para a qual deseja concorre**: ( ) **Ampla Concorrência** ( ) **Reserva de Vaga às Pessoas Pretas, Pardas e Indígenas**  |
| **Autodeclaração para reserva de vagas às Pessoas Negras:** **( )** Declaro que sou indígena, preto (a) ou pardo (a), conforme o quesito cor ou raça utilizado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE e que estou ciente do disposto nos termos do Decreto nº 9.427, de 28/06/2018, e desejo concorrer às vagas destinadas às pessoas negras.\*(\*) É de exclusiva responsabilidade do candidato a opção e o preenchimento do Formulário de Solicitação de Inscrição para concorrer às vagas reservadas para pessoa preta ou parda. Na hipótese de constatação de declaração falsa, o candidato será eliminado do processo seletivo e, se houver sido selecionado ou contratado, será imediatamente desligado do programa de estágio.   |
| **Deseja concorrer às vagas destinadas às pessoas com deficiência? \*\*** |
|  ( ) **Não** |  ( ) **Sim** **Se Sim,** indicar a deficiência:Deficiência visual ( )Deficiência auditiva ( )Deficiência física ( )Deficiência intelectual ( )Deficiência múltipla ( )Outra(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  Necessidade de algum **atendimento especial** para a realização dos procedimentos de avaliação?( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |
| (\*\*) A comprovação da deficiência será feita mediante laudo-médico, apresentado, no ato da inscrição, em original ou cópia, expedida no prazo máximo 12 (doze) meses antes do término das inscrições, do qual conste expressamente que a deficiência se enquadra na previsão do art. 4º e seus incisos do Decreto nº 3.289/99 e suas alterações. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

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

**CANDIDATO(A)** (Assinatura e Nome completo por extenso)