**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)