COLAR
FOTO 3x4

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA INGRESSO COMO ALUNO ESPECIAL

___- Semestre de _____

INSCRIÇÃO Nº _____/_____ (uso do Programa)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome Completo: Sexo: ☐ M ☐ F

INDICAÇÃO DE DISCIPLINAS E LINHA DE PESQUISA

1 - DISCIPLINA:

Linha de pesquisa:
( ) 1 - Políticas Educacionais, História e Organização da Educação
( ) 2 - Educação, Cultura e Diversidade

Filiação	Pai:			
	Mãe:			
Data de Nascimento / /	Naturalidade/Estado	Nacionalidade	Estado civil	
Carteira de Identidade Nº:	Órgão Expedidor:	Data da Expedição:	/ /	
Título de Eleitor Nº:	Zona:	Seção:	C.P.F. Nº:	
Situação Militar (Documento Número):	Categoria:	Órgão Expedidor:	Data / /	

Endereço Residencial:				Nº:
Ap. nº:	Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Telefone:			Celular:	
e-mail:				

FORMAÇÃO ACADÊMICA

	Curso	Instituição e Sigla	Concluído em:
GRADUAÇÃO			

	Nível	Curso	Instituição (SIGLA)	Local	Período de realização
PÓS-GRADUAÇÃO					

ATUAÇÃO PROFISSIONAL (cargos atuais)

Cargo/Função que exerce:	Carga horária semanal:	Telefone:
Instituição:	Setor/Departamento:	
Local:	Tempo de Serviço:	Início/Exercício:
Cargo/Função que exerce:	Carga horária semanal:	Telefone:
Instituição:	Setor/Departamento:	
Local:	Tempo de Serviço:	Início/Exercício:

DECLARO que este pedido contém informações completas e exatas, que conheço o Edital de Inscrição, aceito o sistema e os critérios adotados pela Instituição para avaliar-me e que, em caso de ser aceito pelo PPGE, comprometo-me a cumprir fielmente seus regulamentos. Declaro também estar ciente de que cursar a disciplinas acima relacionada não me dará acesso direto como aluno regular do Curso.

Informo que já cursei a(s) seguinte(s) disciplina(s) isolada(s) na UNICENTRO:

Nome da Disciplina	Pertencente ao Programa	Período

_____ _____

Local e data *Assinatura*

Se for Pessoa com Necessidades Especiais, preencha a ficha a seguir: ☐ **Sim** ☐ **Não**

FICHA PARA PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Nome Completo:

☐ **Física**

- ☐ Amputação ou ausência de membro
- ☐ Hemiparesia
- ☐ Hemiplegia
- ☐ Membro com deformidade congênita ou adquirida
- ☐ Monoparesia
- ☐ Monoplegia
- ☐ Nanismo
- ☐ Paraplegia
- ☐ Paralisia cerebral
- ☐ Paraparesia
- ☐ Postomia
- ☐ Teraparesia
- ☐ Tetraplegia
- ☐ Triparesia
- ☐ Triplegia

☐ **Auditiva**

Perda bilateral, parcial ou total de 41 decibéis ou mais, auferida por audiograma nas frequências de:

- ☐ 500 Hz
- ☐ 1000 Hz
- ☐ 2000 Hz
- ☐ 3000 Hz

☐ **Visual**

- ☐ Cegueira - Acuidade visual igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.
- ☐ Baixa visão - Acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.
- ☐ Caso nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos igual ou menor que 60º.

☐ **Mental**

Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- ☐ Comunicação
- ☐ Cuidado pessoal
- ☐ Habilidades sociais
- ☐ Utilização dos recursos da comunidade
- ☐ Saúde e segurança
- ☐ Habilidades acadêmicas
- ☐ Lazer
- ☐ Trabalho

☐ **Deficiência Múltipla** — Deficiência múltipla - Associação de duas ou mais deficiências

☐ **Mobilidade reduzida** — Pessoa que por qualquer motivo, tenha dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção.

☐ **Outras Necessidades Especiais** — Indicar o Código Internacional de Doença.
C I D: _____

_____ _____

Local e data *Assinatura*