COLAR
FOTO 3x4

FICHA DE CADASTRO DE ALUNO REGULAR

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome Completo: Sexo: ☐ M ☐ F
Se for Pessoa com Necessidades Especiais, preencha a ficha em anexo: ☐ **Sim** ☐ **Não**

INDICAÇÃO DE ORIENTADOR E LINHA DE PESQUISA

1 - Orientador:

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

Título do Projeto:

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:				

Home Page: http://www.unicentro.br

***Campus* Santa Cruz:** Rua Pe. Salvatore Renna, 875 – Cx. Postal 3010 – Fone: (42) 3621-1000 – FAX: (42) 3621-1090 – CEP 85.015-430 – GUARAPUAVA – PR
***Campus* CEDETEG:** Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03 – Fone/FAX: (42) 3629-8100 – CEP 85.040-080 – GUARAPUAVA – PR
***Campus* de Irati:** PR 153 – Km 07 – Riozinho – Cx. Postal, 21 – Fone: (42) 3421-3000 – FAX: (42) 3421-3067 – CEP 84.500-000 – IRATI – PR

FORMAÇÃO ACADÊMICA					
GRADUAÇÃO	**Curso**		**Instituição e Sigla**		**Concluído em:**
PÓS-GRADUAÇÃO	**Nível**	**Curso**	**Instituição (SIGLA)**	**Local**	**Período de realização**

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:

AFASTAMENTO PARA CURSAR O MESTRADO EM EDUCAÇÃO:	
Tempo integral? ☐ Sim ☐ Não	Regime de dedicação: _____ h semanais
Concorre à bolsa? ☐ Sim ☐ Não	

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.

_____ _____

Local e data *Assinatura*

Home Page: http://www.unicentro.br

***Campus* Santa Cruz:** Rua Pe. Salvatore Renna, 875 – Cx. Postal 3010 – Fone: (42) 3621-1000 – FAX: (42) 3621-1090 – CEP 85.015-430 – GUARAPUAVA – PR
***Campus* CEDETEG:** Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03 – Fone/FAX: (42) 3629-8100 – CEP 85.040-080 – GUARAPUAVA – PR
***Campus* de Irati:** PR 153 – Km 07 – Riozinho – Cx. Postal, 21 – Fone: (42) 3421-3000 – FAX: (42) 3421-3067 – CEP 84.500-000 – IRATI – PR

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
- ☐ Papaplegia
- ☐ 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*

Home Page: http://www.unicentro.br

***Campus* Santa Cruz:** Rua Pe. Salvatore Renna, 875 – Cx. Postal 3010 – Fone: (42) 3621-1000 – FAX: (42) 3621-1090 – CEP 85.015-430 – GUARAPUAVA – PR
***Campus* CEDETEG:** Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03 – Fone/FAX: (42) 3629-8100 – CEP 85.040-080 – GUARAPUAVA – PR
***Campus* de Irati:** PR 153 – Km 07 – Riozinho – Cx. Postal, 21 – Fone: (42) 3421-3000 – FAX: (42) 3421-3067 – CEP 84.500-000 – IRATI – PR