

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS**

**Reitoria**

**Gabinete da Reitoria**

**Av. Professor Mário Werneck, 2590 - Bairro Buritis - CEP 30575-180 - Belo Horizonte - MG**

**(31) 2513-5105 -** [**www.ifmg.edu.br**](http://www.ifmg.edu.br)

**ANEXO III**

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO POR NOME SOCIAL**

Nome social:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome civil:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° da inscrição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *e-mail:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Os candidatos que desejam ingressar no IFMG, devem marcar as alternativas abaixo.

1. Declaro, para fins de realização do Processo Seletivo do ano de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ do IFMG (Edital, nº\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_), que desejo obter o seguinte atendimento:

( ) nome social, divulgado nos documentos do Processo Seletivo;

( ) ensalamento e tratamento em sala de provas pelo nome social indicado acima.

2. Informo que desejo utilizar, durante a realização das provas do Processo Seletivo, o sanitário conforme assinalado abaixo:

( ) masculino ( ) feminino

3. Declaro que estou ciente da condição informada para atendimento pelo NOME SOCIAL e de que a confirmação da solicitação está condicionada ao envio dos documentos discriminados em Edital.

A Coordenadoria de Projetos e Avaliação Institucional analisará a solicitação, a documentação enviada e a confirmação ao candidato será enviada pelo *e-mail:* vestibular@ifmg.edu.br.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local e Data

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

Assinatura do Candidato ou Responsável Legal