



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS.
CAMPUS RIBEIRÃO DAS NEVES
GABINETE DO DIRETOR

Rua Taiobeiras, 169 – Sevilha B, Ribeirão das Neves – MG – CEP: 33858-480
Tel.: (31) 3627.2303 / gabinete.neves@ifmg.edu.br

ANEXO I

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA – CURSO DE FORMAÇÃO CONTINUADA

CURSO: _____	
MODALIDADE DE ENSINO: () Presencial () Distância () Semipresencial	TURNO: _____

DADOS PESSOAIS

Nome: _____	
Data de nasc. ____/____/____	Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____ UF: _____
RG: _____	Órgão expedidor: _____ CPF: _____
Vínculo com IFMG Ribeirão das Neves: () Aluno () Egresso () Comunidade externa	
Nome do pai: _____	
Nome da mãe: _____	
Nome do Responsável: _____	Tel.: _____
Endereço: _____	Nº: _____
Bairro: _____	Cidade: _____ Estado: _____
CEP: _____ - _____	Telefone: () _____ Celular: () _____
E-mail: _____	
Grau de instrução: () Ens. Primário () Ens. Fundamental () Ens. Médio () Ens. Superior () Pós Graduação	

Ribeirão das Neves, _____, de _____ de _____

Assinatura do aluno(a) ou representante legal (Por extenso):

IFMG – RIBEIRÃO DAS NEVES
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO/MATRÍCULA

NOME: _____	DATA: ____ / ____ / ____
CURSO: _____	Responsável: _____