



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

<b>CURSO:</b>	
<b>MODALIDADE DE ENSINO:</b> ( ) Presencial ( ) Distância ( ) Semipresencial	<b>TURNO:</b>

**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**

<b>NOME:</b>	<b>DATA:</b> ____ / ____ / ____
<b>CURSO:</b>	<b>Responsável:</b>