|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA  PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO  COORDENADORIA DE PROCESSOS SELETIVOS  **FICHA DE INSCRIÇÃO**  **ESTUDANTE ESPECIAL DE GRADUAÇÃO – SEMESTRE LETIVO 2025.1** | | | | | | | | | | | | Foto  3x4 | |
| **Nº Matrícula:** (Reservado para UFOB) | | | Obs.: Preencher com letra de forma. | | | | | | | | | |
| Nome Civil Completo: | | | | | | | | | | | | | | |
| A inclusão do Nome Social obedecerá ao disposto no Decreto nº 8.727, de 28/04/2016 e, em caso de requerimento expresso da pessoa travesti ou transexual, constará nos documentos oficiais acompanhado do nome civil que será utilizado apenas para fins administrativos internos.  **Nome Social**: | | | | | | | | | | | | | | |
| Mãe: | | | | | | | | | | | | | | |
| Pai: | | | | | | | | | | | | | | |
| RG: | | | | Órgão Expedidor: | | | Estado (UF): | | | Data da Expedição: | | | | |
| CPF: | | | | Data de Nascimento: | | | Estado Civil: | | | | | | | |
| Naturalidade (cidade): | | | | | Estado (UF): | | | Nacionalidade (país): | | | | | | |
| Título de Eleitor: | | | | | Zona: | | | Seção: | | | | Estado (UF): | | |
| **Exclusivamente para homens maiores de 18 anos** | | Registro de Alistamento (RA): | | | | | | Data da Expedição: | | | | | | |
| Endereço (rua, avenida, travessa, praça e etc): | | | | | | | | | | | | | | Número: |
| Bairro: | | | | | | Cidade: | | | | | | | | Estado (UF): |
| Telefone (DDD + Número): | | | | | | Celular (DDD + Número): | | | | | | | | |
| E-mail: | | | | | | | | | | | | | | |
| Instituição de Ensino onde concluiu o Ensino Médio: | | | | | | | | | | | | | | |
| Natureza da Instituição de Ensino onde concluiu o Ensino Médio (pública ou privada): | | | | | | | | | | | Ano de Conclusão: | | | |
| Autodeclaração étnico-racial (amarela, branca, indígena, parda, preta, ou informar que prefere não declarar): | | | | | | | | | Sexo: | | | | | |
| Tipo Sanguíneo: | | | | | | | | | | | | | | |
| Possui deficiência?  Se SIM, qual (is)? | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **DISCIPLINAS/COMPONENTES CURRICULARES PRETENDIDOS**  (POR ORDEM DE PRIORIDADE) | | | | | | | | | | | | | | |
| Código da Disciplina | Nome da Disciplina | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
| Declaro que todas as informações prestadas neste documento são verdadeiras, bem como toda a documentação apresentada e informações prestadas a UFOB, sob pena de cancelamento desta inscrição em caso de verificação de fraudes, sem prejuízo das sanções penais eventualmente cabíveis.  Declaro saber que é minha obrigação manter atualizado junto à UFOB o meu endereço residencial completo, endereço eletrônico e telefones para contatos. | | | | | | | | | | | | | | |
| Data:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Assinatura do(a) Candidato(a): | | | | | | | | | | | |