



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS COMUNITÁRIOS
COORDENAÇÃO GERAL DE APOIO ESTUDANTIL
NÚCLEO DE SERVIÇO SOCIAL

FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO SOCIOECONÔMICO

I – IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE

Nacionalidade: () Brasileiro () outra: _____

Nome Civil:

Nome Social (caso utilize):

Nº. de Matrícula:

Curso:

Período que está cursando:

Turno:

CPF:

RG

Sexo: M () F ()

Identidade de gênero: () Homem CIS - () Mulher CIS - () Homem TRANS - () Mulher TRANS - () Não desejo declarar

Orientação sexual: () Assexual - () Bissexual - () Gay - () Heterossexual - () Lésbica - () Pansexual - () outra - () Não desejo declarar

Data de nascimento:

Idade:

E-mail:

Telefone:

Estado civil: () Solteiro () Casado () União estável () Separado/divorciado () Viúvo

Cor/Raça: () Branca () Preta () Parda () Indígena () Amarela () Não desejo declarar

Pertencimento étnico-racial:

() Quilombola () Indígena

() Comunidade tradicional – Qual? _____

() Nenhuma das opções

Em que instituição cursou o Ensino Fundamental? () Pública () Privada () Privada com Bolsa integral

Em que instituição cursou o Ensino Médio? () Pública () Privada () Privada com Bolsa integral

Como se deu o seu ingresso na UFCG? Cotas () Vagas livres () Ingresso de Graduado () Transferência () PEC-G () Mobilidade Acadêmica () Se cota, Qual: _____

Já possui Graduação? Sim () Não () Se sim, Qual? _____

Alguém do seu núcleo familiar (Pai, mãe, irmãos, filhos) já concluiu um curso superior? () Sim () Não

Outra pessoa do seu núcleo familiar cursa ensino superior? Sim () Não ()

Você possui alguma deficiência? Sim () Não () Se sim, Qual?: _____

Sendo você PCD, deseja participar dos processos seletivos nas vagas reservadas para PCD?

() Sim, desejo.

() Não, quero participar da ampla concorrência.

Possui alguma Bolsa Acadêmica? Sim () Não () Qual? _____ Valor R\$ _____

[illegible]

Em caso de não possuir as condições adequadas, especifique as razões: _____

Como se dá seu acesso à internet? () Banda larga/fibra ótica () Internet móvel () Internet via a Rádio/satélite

Você possui acesso à rede de internet em seu domicílio? () Sim () Não

Em caso positivo, a rede é: () individual () dividida () emprestada

VII – CONDIÇÕES DE DESLOCAMENTO DIÁRIO PARA A UNIVERSIDADE:

Você precisa utilizar algum tipo de meio de transporte para se deslocar, diariamente, até seu campus?

() Sim, porém não há meio de transporte disponível e, por isso, preciso me deslocar a pé longa distância

() Sim, utilizo meio de transporte no meu deslocamento diário até o campus

() Não, me desloco a pé por residir próximo do *campus*.

Caso você utilize, qual dos tipos abaixo?

() Transporte individual pago – (Uber, moto-taxi)

() Transporte coletivo pago - (Ônibus, Van)

() Transporte disponibilizado pelo governo Municipal/Estadual

() Carro/moto próprio;

() Carona;

() Outro –

Se outro, especificar: _____

Observação: Pode ser assinalado mais de um tipo, caso necessário.

Caso possua despesa mensal com transporte, registre-a: R\$ _____

VII– COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR (INCLUINDO O ESTUDANTE)

Nome (Não precisa de sobrenome)	Idade	Parentesco	Estado Civil	Escolaridade	Ocupação	Renda Mensal Bruta (R\$)

VIII– ESPECIFICAÇÕES DE RENDA FAMILIAR

Quem é o (a) principal provedor(a) do Núcleo Familiar? _____

IX– SITUAÇÃO DE SAÚDE QUE ENVOLVE O GRUPO FAMILIAR

Que serviços de saúde você utiliza?

() Apenas públicos/SUS () Apenas particulares/Planos de saúde () Misto (SUS/Convênios de Saúde)

Valor de gastos: R\$ _____

Algum membro da família apresenta doença crônica que necessite de tratamento contínuo ou deficiência? Se sim, especifique abaixo:

Nome	Tipo de Doença /	
------	------------------	--

	Deficiência	

X- BENS PATRIMONIAIS DO GRUPO FAMILIAR

Descrição do Bem (Casa, apartamento, sala comercial, veículo [ano/marca/modelo], cotas de empresa, aplicações financeiras, poupança, lote rural, implementos agrícolas, gado, etc.)

Município	Valor (R\$)

XI- INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

1. Estou ciente de que o preenchimento deste formulário, não significa deferimento de qualquer benefício.

2. Estou ciente e de acordo com as condições estabelecidas neste edital.

3. Assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e declaro estar ciente das penalidades cabíveis previstas no Art. 299 do Código Penal Brasileiro, o qual afirma ser crime: “omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deva constar, ou inserir, ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que deveria ser escrita, com o fim de prejudicar o direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante”.

4. Declaro que as cópias dos documentos, anexados a este edital conferem com o original, sob minha responsabilidade pessoal.

Local/Data: _____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do declarante