**FORMULÁRIO PARA CADASTRO DE DELEGADO**

**( ) Delegado Titular ( ) Delegado Suplente**

|  |
| --- |
| **Nome Completo:**  |
| **Sexo:** | **Data Nasc.:** | **CPF:** |
| **RG:** | **Órgão Exp:** |
| **End. Residencial:** |
| **Cidade:** | **Bairro** | **CEP:** |
| **Telefone:** | **E-mail:** |
| **Segmento:****( ) Docente ( ) Discente ( ) PTES** |
| **Câmpus/Unidade*:*****( ) Sede/Luciara ( ) Alta Floresta ( ) Alto Araguaia** **( ) Barra do Bugres ( ) Cáceres ( ) Colíder ( ) Pontes e Lacerda ( ) Sinop ( ) Tangará da Serra ( ) Nova Xavantina ( ) Juara ( ) Diamantino** |
| **Curso de Vinculação:** |
| **Modalidade:****( ) Oferta contínua ( )EaD ( ) Indígena ( ) Parceladas****( ) Turma fora de sede** |
| **Eixo Temático de Interesse: (Numerar por ordem de prioridade)****( ) Graduação ( ) Pós-Graduação ( ) Pesquisa ( ) Extensão e Cultura****( ) Gestão ( ) Política Estudantil ( ) Política de Financiamento** |
| **Informações adicionais:****Escreva o nome da deficiência, caso tenha. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Escreva o tipo de atendimento especializado que precisa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Fumante: ( )Sim ( ) Não** |

**Conta corrente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Agência:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Banco:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**