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