



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO TOCANTINS
CAMPUS GURUPI

ANEXO II

EDITAL N.º 36/2017/GUR/REI/IFTO, DE 20 DE JUNHO DE 2017

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

1. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO:

Nome: _____

Sexo: M () F () Data de nascimento: ____/____/____

RG: _____ SSP/____ CPF: _____

Curso: _____

Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Vive com companheiro(a) ()

Separado judicialmente () Divorciado(a) () Outro. N.º de filhos: _____

2. SITUAÇÃO HABITACIONAL DO CANDIDATO:

Endereço: _____

Bairro _____ Cidade: _____

Estado _____ CEP: _____ Ponto de referência _____

Telefones:

Residência _____ Celular _____/_____

Trabalho _____ Recado _____

2.1. Como você mora?

- () com toda a família () sozinho () com amigos () com parentes
() com uma família de favor () só com o pai () só com a mãe () com os filhos
() com os irmãos () em pensionato ou pensão () em quarto alugado de uma família
() república paga pelo poder público.

2.2. Tipo de moradia de sua família:

- () Própria quitada
() Própria financiada Valor da parcela: R\$ _____
() Alugada Valor da parcela: R\$ _____
() Cedida Por quem? _____

() herdada De quem? _____

() outros

2.3. Número de cômodos da casa:

banheiro () quarto () sala ()

3. BENS, ELETRODOMÉSTICOS, EQUIPAMENTOS E SERVIÇOS EXISTENTES NA RESIDÊNCIA DA FAMÍLIA.

Marque com um “x” o número correspondente:

DESCRIMINAÇÃO	QUANTIDADE			
	0	1	2	3
Caminhão				
Caminhonete				
Automóvel				
Motocicleta				
Bicicleta				
TV por assinatura				
TV em cores				
Linha Telefônica				
Máquina de lavar roupa				
Lavadora de louças				
Condicionador de ar				
Tanquinho				
DVD				
Videocassete				
Geladeira				
Freezer				
Forno micro-ondas				
Microcomputador				
Celular				
Outros				

4. COMPOSIÇÃO FAMILIAR E SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA

Listar as pessoas que contribuem ou apenas dão despesas no montante da renda familiar, INCLUINDO O CANDIDATO.

	NOME	PARENTESCO	PROFISSÃO / OCUPAÇÃO	IDADE	RENDA BRUTA MENSAL
1					

2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

5. DADOS DE SAÚDE

5.1. Você é portador de alguma deficiência:

visual física/motora auditiva de fala nenhuma

Existe caso de doença grave ou crônica no núcleo familiar? Em caso positivo, preencha o quadro abaixo:

NOME	PARENTESCO	DOENÇA	DESPESA MENSAL

6. SITUAÇÃO DE TRABALHO E RENDA DO REQUERENTE:

6.2. Em relação ao orçamento familiar, qual a sua situação atual?

- Depende inteiramente da ajuda dos pais.
 Depende financeiramente de outros parentes.
 É independente financeiramente.
 É independente financeiramente e responsável por parte das despesas domésticas.
 É independente financeiramente e responsável por todas as despesas domésticas.

6.3. Quanto à atividade profissional:

Atualmente você está trabalhando?

- Não. Como se mantém? _____
 Sim. Local de trabalho: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras. Assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e declaro estar ciente das penalidades cabíveis previstas no art. 299 do Código Penal, o qual prevê que é crime:

"Art. 299. Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular."

Gurupi-TO, _____ de _____ de _____.

Assinatura do candidato/Responsável legal