

## ANEXO II

### FICHA CADASTRAL

1) Nome completo(legível): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2) Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

3) Nome do Pai: \_\_\_\_\_

4) Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

5) Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6) Telefone: \_\_\_\_\_ 7) Whats: \_\_\_\_\_

8) E-mail: \_\_\_\_\_

9) Trabalho: ( ) sim ( ) não      10) Que turno? ( ) diurno ( ) noturno

11) Sou formado em que curso de graduação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( ) Licenciatura ( ) Bacharelado

\*12) Fiz a minha formação em : ( ) pública ( ) privada ( ) mista

Nome da Instituição: \_\_\_\_\_

13) Quanto tempo faz de minha formação.  
Ano? \_\_\_\_\_

14) Pretendo fazer: ( ) especialização ( ) mestrado ( ) doutorado

( ) outros Qual? \_\_\_\_\_

15) Que área pretendo investigar na minha pesquisa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16) Autodeclarado

( ) Preto ( ) Pardo ( ) Indígena

17) Tenho alguma deficiência? \_\_\_\_\_ Qual?

baixa visão     cegueira     deficiência auditiva     surdez

deficiência física     deficiência intelectual

transtorno espectro autista     altas habilidades

18) Preciso de:

guia condutor     tradutor intérprete de Língua de Sinais

acessibilidade arquitetônica                       outros

Qual? \_\_\_\_\_

19) Faço uso de algum equipamento de acessibilidade? \_\_\_\_\_

Qual? \_\_\_\_\_

20) Faço uso de medicação? \_\_\_\_\_

Qual? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato