



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal Catarinense

INFORMAÇÕES PARA O PORTAL DO FAMILIAR - SIGAA

Nome do candidato(a): _____

Curso: _____ Campus: _____

* Responsável 1

Nome completo do responsável: _____

CPF: _____ RG: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Parentesco com o candidato: _____ Profissão: _____

Escolaridade: () Analfabeto () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior
() Especialização () Mestrado () Doutorado

Telefones: Fixo _____ Comercial _____ Celular _____

E-mail: _____

* Responsável 2

Nome completo do responsável: _____

CPF: _____ RG: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Parentesco com o candidato: _____ Profissão: _____

Escolaridade: () Analfabeto () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior
() Especialização () Mestrado () Doutorado

Telefones: Fixo _____ Comercial _____ Celular _____

E-mail: _____

_____ (SC), ____ de _____ de 20__.

Assinatura do(a) aluno(a)

Nome do pai, mãe ou responsável legal (quando o(a)
candidato(a) tiver idade inferior a 18 anos):

Assinatura do pai, mãe ou responsável legal



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal Catarinense

(quando o(a) candidato(a) tiver idade inferior a 18 anos)