



**INSTITUTO  
FEDERAL**  
Catarinense

## ANEXO I - FICHA DE INSCRIÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA OU REINTEGRAÇÃO

| 1. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO |                                   |                                    |     |
|-------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----|
| Nome:                         |                                   | Nome Social:                       |     |
| Sexo:                         | <input type="checkbox"/> Feminino | <input type="checkbox"/> Masculino |     |
| Data de Nascimento: / /       | Naturalidade:                     |                                    | UF: |
| Documento de Identificação:   |                                   | CPF:                               |     |
| Telefone: ( )                 |                                   | Celular: ( )                       |     |
| E-mail:                       |                                   |                                    |     |
| Endereço:                     |                                   |                                    |     |
| Nº                            | Complemento:                      | Bairro:                            |     |
| CEP:                          | Cidade:                           |                                    | UF: |

### 2. CURSO TÉCNICO INTEGRADO AO ENSINO MÉDIO PRETENDIDO (para o qual se solicita a transferência)

CURSO:

#### SELECIONE A MODALIDADE PRETENDIDA:

- Reintegração  
 Transferência Interna  
 Transferência Externa

|  |  |   |
|--|--|---|
| Local e Data: ____/____/____               | Assinatura do Candidato ou Procurador (apresentando a Procuração):<br>_____<br>_____ | Assinatura dos pais do Candidato:<br>_____<br>_____ |
| Responsável por receber a inscrição (IFC): |  |   |





**INSTITUTO  
FEDERAL**  
Catarinense

## PARECER DO COLEGIADO DE CURSO REFERENTE À SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA E REINTEGRAÇÃO

|   |
|---|
| <b>Curso:</b>                                   |
| <b>Presidente do Colegiado de Curso (nome):</b> |
| <b>Membro:</b>                                  |
| <b>Membro:</b>                                  |
| <b>Membro:</b>                                  |
| <b>Membro:</b>                                  |
| <b>Parecer:</b>                                 |

*Campus* \_\_\_\_\_ (SC), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Presidente do Colegiado

Resumo do parecer do Colegiado de Curso do *Campus*:

- ( ) Deferido.  
( ) Indeferido.

