



UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

**EDITAL Nº 059/VPPEX/2024
ANEXO 1**

**FICHA DE INSCRIÇÃO DO ALUNO - PROCESSO SELETIVO UNIVALI
PROJETO RONDON - OPERAÇÃO SENTINELAS AVANÇADAS II - Julho de 2024**

ATENÇÃO: preencher TODOS os dados e com letra LEGÍVEL para evitar a impugnação da inscrição

DADOS PESSOAIS	
NOME COMPLETO:	
NÚMERO DE MATRÍCULA:	
CURSO:	
PERÍODO:	
DATA DE NASCIMENTO:	
SEXO:	
CPF:	
RG:	
ÓRGÃO EXPEDIDOR DO RG:	
ESTADO CIVIL:	
PESO:	
TAMANHO DA CAMISETA:	
TIPO SANGUÍNEO:	
FATOR RH:	
Nº IDENTIFICAÇÃO SOCIAL:	
UF NASCIMENTO:	
CIDADE DE NASCIMENTO:	
NOME COMPLETO DA MÃE:	
E-MAIL:	
TELEFONE:	
CELULAR:	
ENDEREÇO RESIDENCIAL:	
BAIRRO:	
CEP:	
UF:	
CIDADE:	
PESSOA PARA CONTATO	
PESSOA PARA CONTATO:	NOME:
	TELEFONE:

1-POSSUI ALGUM TIPO DE DEFICIÊNCIA:

() SIM () NÃO



UNIVALI

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

SE SIM, ESPECIFIQUE:

AUDITIVA BAIXA VISÃO CEGUEIRA FÍSICA INTELECTUAL
 AUTISMO MÚLTIPLA SURDEZ SURDOCEGUEIRA

2-TEM ALERGIA (S):

SIM NÃO

SE SIM, ESPECIFIQUE:

MEDICAMENTOS INSETOS COMIDAS POEIRA PLANTAS
 OUTROS QUAL: _____

3-POSSUI ALGUM PROBLEMA NEUROLÓGICO OU TRANSTORNO MENTAL?

SIM NÃO

SE SIM, ESPECIFIQUE: _____

4-JÁ FEZ OU FAZ TRATAMENTO TERAPÊUTICO, PSIQUIÁTRICO OU PSICOLÓGICO?

SIM NÃO

SE SIM, ESPECIFIQUE: _____

5-VOCÊ JÁ PASSOU POR ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE NOS ÚLTIMOS 10 ANOS? (POR EXEMPLO: CONVULSÕES, CRISES DE EPILEPSIA OU OUTRO TIPO QUALQUER DE PROBLEMA DE SAÚDE)

SIM NÃO

6-NECESSITA DE USO CONSTANTE DE MEDICAMENTOS?

SIM NÃO

SE SIM, ESPECIFIQUE: _____

7-JÁ TEVE ALGUM(NS) OUTRO(S) PROBLEMA(S) DE SAÚDE A EXCEÇÃO DOS ACIMA CITADOS?

SIM NÃO

SE SIM, ESPECIFIQUE: _____

8-ESTARÁ EM CONDIÇÕES PARA PARTICIPAR DA ELABORAÇÃO DO PROJETO E DAS CAPACITAÇÕES (TREINAMENTOS), PREFERENCIALMENTE AOS SÁBADOS E ESPORADICAMENTE EM OUTROS MOMENTOS?

SIM NÃO

Vice-reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários

Rua Uruguai, 458 - Centro - Itajaí - SC - CEP 88302-901 - Tel. (47) 3341-7631

www.univali.br



9-AO LONGO DO PERÍODO DAS CAPACITAÇÕES É FUNDAMENTAL QUE CONVERSE EM SEU LOCAL DE TRABALHO (CHEFE) E/OU ESTÁGIO, NO SENTIDO DE QUE SE FOR SELECIONADA(O) PARA PARTICIPAR DE UMA OPERAÇÃO DO PROJETO RONDON NO MÊS DE JULHO DE 2024, ESTARÁ AUSENTE APROXIMADAMENTE 18 DIAS. CONSEGUIRÁ ESTA LIBERAÇÃO DE SEU EMPREGO OU ESTÁGIO CASO SEJA SELECIONADA(O)?

() SIM () NÃO

10-ESTÁ CIENTE SOBRE O RISCO DE SER DESCLASSIFICADA(O) ATÉ NO ÚLTIMO DIA DO PERÍODO DAS CAPACITAÇÕES? ESSE RISCO REAL, MESMO JÁ SELECIONADA(O) COMO TITULAR E/OU SUPLENTE, LEMBRE-SE SEMPRE: VOCÊ É VOLUNTÁRIO E DEVERÁ PARTICIPAR ATIVAMENTE E ACEITAR AS NORMAS ESTABELECIDAS.

() SIM () NÃO

11-ESTÁ CIENTE QUE VOCÊ SERÁ CADASTRADO COMO RONDONISTA NO SISTEMA DO MINISTÉRIO DA DEFESA COM AS DEVIDAS AUTORIZAÇÕES DOCUMENTAIS ASSINADAS POR VOCÊ, DENTRO PRAZOS DETERMINADOS NO EDITAL DA OPERAÇÃO SENTINELAS AVANÇADAS II DO PROPRIO MINISTÉRIO DA DEFESA?

() SIM () NÃO

12-ESTÁ CIENTE QUE, APÓS O CADASTRO COMO RONDONISTA NO SISTEMA DO MINISTÉRIO DA DEFESA, CASO O MESMO TENHA EMITIDO OS BILHETES DAS PASSAGENS AÉREAS EM SEU NOME E VOCÊ DESISTIR, PODERÁ HAVER A NECESSIDADE DE REEMBOLSO DO VALOR AO MINISTÉRIO DA DEFESA?

() SIM () NÃO

13-DECLARO QUE TODAS AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO VERDADEIRAS; QUE EM CASO DE SER SELECIONADO PARA A OPERAÇÃO DO PROJETO RONDON ME COMPROMETO A PARTICIPAR DE TODAS AS ETAPAS EFETIVAMENTE, DESDE A ELABORAÇÃO DO PROJETO ATÉ A SOCIALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES, BEM COMO ACATAR TODAS AS NORMAS PARA PARTICIPAÇÃO NO MESMO.

____/____/____
DATA

ASSINATURA