

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO BENJAMIN CONSTANT

# DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO

# COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

# Brasão do Instituto Benjamin Constant formado por um escudo azul onde em cima há uma tocha que apóia um livro em braille cuja leitura é feita através das mãos.

**CURSOS/OFICINAS I.B.C. na modalidade à distância**

**FICHA DE PRÉ-INSCRIÇÃO**

**Observação: Para navegação pelos campos de edição da ficha, utilizar as teclas seta para baixo e seta para cima.**

**Declaro estar ciente e concordar com o disposto nas Orientações Gerais para realização de cursos no Instituto Benjamin Constant, disponível em** [**LEITURA OBRIGATÓRIA: Orientações para inscrição e outras informações importantes.**](http://cead.ibc.gov.br/inscricoes)

Curso: **Digite o curso que deseja se inscrever**

**Dados Pessoais:**

Nome: **Digite seu nome**

Data de nascimento: **Digite sua data de nascimento**

Sexo: **Digite seu sexo**

Nacionalidade: **Digite sua nacionalidade**

Naturalidade: **Digite sua naturalidade**

R.G: **Digite seu R.G.**

C.P.F: **Digite seu C.P.F**

É pessoa com deficiência visual?

**Digite sim ou não se é pessoa com deficiência visual**

Cego ou baixa visão?

**Caso seja pessoa com deficiência visual, digite se é cego ou baixa visão**

Pessoa com outra deficiência?

**Digite sim ou não se possui outra deficiência**

Qual?

**Caso possua outra deficiência, informe qual é**

E-mail: **Digite seu e-mail pessoal**

Telefone residencial: **Digite seu telefone residencial com DDD**

Telefone celular: **Digite telefone celular com DDD**

**Dados residenciais:**

Logradouro:

**Digite seu logradouro (Rua, Avenida, etc)**

Nùmero: **Digite o número**

Complemento: **Digite o complemento**

Bairro: **Digite seu bairro**

C.E.P: **Digite seu C.E.P**

Município: **Digite seu município**

U.F: **Digite sua U. F**

**Dados Profissionais:**

Formação: **Digite sua formação**

Local de trabalho: **Digite seu local de trabalho**

Cargo ou Função: **Digite seu cargo ou função**

Logradouro comercial:

**Digite seu logradouro comercial (Rua, Avenida, etc)**

Nùmero: **Digite o número**

Complemento: **Digite o complemento**

Bairro: **Digite seu bairro**

C.E.P: **Digite seu C.E.P**

Município: **Digite seu município**

U.F: **Digite sua U. F**

Telefone comercial: **Digite seu telefone comercial com DDD**

E-mail: **Digite seu e-mail comercial**

**OBSERVAÇÃO:** Para a pré-inscrição ser considerada válida, a presente ficha de pré-inscrição deverá ser encaminhada à CEaD por meio eletrônico (deaeadinscricoes@ibc.gov.br), juntamente com os documentos relacionados (anexos ao e-mail) como obrigatórios para o curso/oficina (observar informações detalhadas do curso/oficina).