

O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS É OBRIGATÓRIO.
APÓS O ENVIO, ENTRAREMOS EM CONTATO PARA CONCLUIR SUA INSCRIÇÃO.

AGENTE EDUCACIONAL: SOCEPEL - ID 10079654**AGENCIADOR (DEIVIDSON BRAZ)****DADOS DO ALUNO:**

NOME:			
CURSO ESCOLHIDO:			
SEXO: () F () M	DATA DE NASCIMENTO:	NATURALIDADE:	
() PÓS-GRADUAÇÃO () CAPACITAÇÃO () COMPLEMENTAÇÃO () 2º LICENCIATURA () EJA			
CPF:	RG:		
ENDEREÇO:	Nº	CEP:	
BAIRRO:	CIDADE:		UF:
COMPLEMENTO:			
TELEFONE:		CELULAR:	
E-MAIL:			
FILIAÇÃO:			
FORMAÇÃO:		ANO DE CONCLUSÃO:	
INSTITUIÇÃO			
TIPO: () ENSINO () MÉDIO ENSINO () FUNDAMENTAL () GRADUAÇÃO () PÓS GRADUAÇÃO () MESTRADO () DOUTORADO			
NECESSIDADES ESPECIAIS:			
ETNIA: () BRANCA () PRETA () AMARELA () PARDA () INDÍGENA			
RESPONSÁVEL:			
NOME/RAZÃO SOCIAL:			
CNPJ:		TELEFONE	
E-MAIL:			

PLANO DE PAGAMENTO:

TAXA DE MATRÍCULA R\$	VENCIMENTO: ___/___/___	
MENSALIDADES:		
PARCELAS:	VALOR: R\$	1º VENCIMENTO ___/___

OBSERVAÇÕES:**Assinatura:** _____

O envio deste formulário completamente preenchido por qualquer meio eletrônico constitui autorização expressa para que a SOCEPEL proceda a pré-inscrição do aluno aqui identificado, permitindo o contato através de quaisquer meios para a conclusão da matrícula